
Generated on 2019-03-09 23:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205516
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google







ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BONHOEFFER	**CRAMER**	**v. GRASHEY**	**KREUSER**	**PELMAN**	**SCHÜLE**
BERLIN	GÖTTINGEN	MÜNCHEN	WINNENTAL	BONN	ILLENAU

DURCH

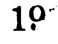
HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

NEUNUNDSECHZIGSTER BAND
LITERATURBERICHT



BERLIN
W. 35. GENTHINERSTRASSE 38

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER


19

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1911

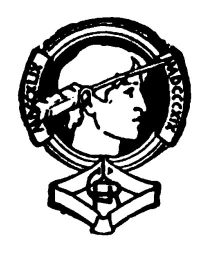
REDIGIERT

VON

OTTO SNELL

DIREKTOR DER HEIL- U. PFLEGEANSTALT LÜNEBURG

ZUM 69. BANDE
DER ALLGEMEINEN ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE



BERLIN
W. 35. GENTHINERSTRASSE 38

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1912

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

'HOEFFER	CRAMER	v. GRASHEY	KREUSER	PELMAN	SCHÜLE
BERLIN	GÖTTINGEN	MÜNCHEN	WINNENTAL	BONN	ILLENAU

DURCH

HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

NEUNUNDSECHZIGSTER BAND

NEBST EINEM BERICHT

ÜBER DIE PSYCHIATRISCHE LITERATUR IM JAHRE 1911

REDIGIERT VON

O. SNELL
LÜNEBURG



BERLIN
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1912

Inhalt.

Erstes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Seite

Kleinere Mitteilungen.

Zweites Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.



Drittes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.



Seite

Viertes Heft.

Originalien.

Kleinere Mitteilungen.

Fünftes Heft.

Originalien.



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.





Kleinere Mitteilungen.

Sechstes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.



Kleinere Mitteilungen.



Bericht

an das Landes-Direktorat der Provinz Schleswig-Holstein über die psychiatrische Untersuchung der schulentlassenen Fürsorgezöglinge im Burschenheim zu Rickling, im Frauenheim zu Innien und im Asyl Neuendeich.

Von

Oberarzt Dr. **Hinrichs**-Schleswig.

Nach dem Beispiele anderer Provinzen, insonderheit dem zielbewußten Vorgehen der Nachbarprovinz Hannover, beschloß der Provinzialausschuß von Schleswig-Holstein im vorigen Jahre die psychiatrische Untersuchung der schulentlassenen, in Anstalten untergebrachten Fürsorgezöglinge. Leider mußte sich die Untersuchung bisher beschränken auf die Zöglinge im Burschenheim zu Rickling, im Frauenheim zu Innien und im Asyl Neuendeich. Zwei Anstalten baten, mit der Untersuchung aus bestimmten lokalen Gründen noch kurze Zeit zu warten, mehrere andere, überhaupt davon abzusehen, weil sie die psychiatrische Untersuchung aus erziehlichen Gründen nicht für erwünscht hielten. Mir wollen diese Gründe nicht einleuchten, und nach den Verhandlungen des vorjährigen Fürsorge-Erziehungs-Tages in Rostock zu urteilen und nach den dort fast einstimmig angenommenen Resolutionen scheint diese Ansicht auch unter den Pädagogen nur noch vereinzelt dazustehen. Auf jeden Fall haben die Untersuchungen in den drei erwähnten Anstalten in keiner Hinsicht irgendwelche nachteilige Folgen zutage treten lassen. Das haben mir die Vorsteher sofort und später noch einmal auf besondere Anfrage der Direktor des Landesvereins für innere Mission ausdrücklich bestätigt. Hier sind auch sie gerade es gewesen, die eine psychiatrische Untersuchung herbeisehnten, sie brachten ihr demgemäß nicht nur das weitgehendste Interesse, sondern auch



vollstes Verständnis entgegen. In allen drei Anstalten hat man mir denn auch meine Arbeit durch die freundlichste Hilfe und beständige Unterstützung derart erleichtert, daß ich es mir nicht versagen kann, allen Beteiligten auch an dieser Stelle meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Vor der Untersuchung wurde über das Vorleben der Zöglinge zum Teil von mir, zum größern Teil nach meiner Anleitung von einem Beamten der Zentralverwaltung ein Auszug aus den Fürsorgeakten genommen nach dem Formular 1, das sich anlehnt an das von Professor *Cramer* benutzte Formular und an einen Fragebogen für Rechercheure von Dr. *Cimbal*, wie solcher beim Jugendgericht in Altona in Anwendung kommt und sich bewährt hat. Dabei hatte ich gehofft, bei der großen Kriminalität der Zöglinge in dem einen oder andern Fall bereits einen Fragebogen in den Akten ausgefüllt vorzufinden. Doch erfüllte sich diese Hoffnung nicht. Kurze Nachtragungen wurden dann noch von den Anstaltsleitern gemacht, und außerdem erstatteten die Erzieher bei jedem Zögling eine kurze Charakteristik auf einem besonderen Bogen. Von weiteren Erhebungen über das Vorleben (bei den Eltern oder der Polizeibehörde) wurde abgesehen, auch in den Fällen, wo die Akten wenig oder gar keine Auskunft gaben. Der Zeitpunkt der Untersuchung hätte sonst noch länger hinausgeschoben werden müssen, was vor allem die Anstaltsleiter nicht wünschten.

Die Untersuchung selbst wurde vorgenommen im Vorsommer 1910 in Rickling, im Herbst in Innien und Anfang 1911 in Neuendeich. Sie bot im ganzen keine erheblicheren Schwierigkeiten. Die männlichen Zöglinge ließen sie durchweg gleichgültig über sich ergehen, wie überhaupt bei ihnen im Durchschnitt eine große gemütliche Stumpfheit zutage trat. Nur einige wenige von ihnen benahmen sich ihrem Schwachsinn entsprechend albern und läppisch, und einer mit ausgesprochen moralischem Defekt versuchte sich durch Frechheit hervorzutun. Daß dann gerade ihr Benehmen zur Beurteilung herangezogen werden konnte und mit verwandt wurde, braucht wohl nicht besonders hervorgehoben zu werden. Bei den weiblichen Zöglingen war die Untersuchung anfangs mit etwas mehr Schwierigkeit verbunden. Bei zu leichter Fragestellung fühlten sie sich verletzt und beleidigt, bei zu schweren Fragen verstummten sie leicht aus Schüchternheit und Scham. Einige zeigten auch mehr oder weniger Angst. Mit Vorsicht und Geduld gelangte man aber auch hier überall zum Ziel. Verschiedene Psychopathen erschienen umgekehrt direkt dankbar für das ihrem abnormen Zustande entgegengebrachte Verständnis.

Über den äußern Hergang der Untersuchung verweise ich auf den Bericht von Professor *Cramer*, von dem ich kaum abgewichen bin, allein schon aus dem Grunde, um bei der individuell immerhin verschiedenen Beurteilung der psychischen Grenzzustände möglichst



gleiche Vergleichsunterlagen zu erhalten. Die männlichen Zöglinge wurden körperlich von Kopf zu Fuß untersucht, bei den weiblichen beschränkte sich die körperliche Untersuchung auf die entblößt getragenen Körperteile. Bei der Intelligenzprüfung ist in das Formular II, in das die Resultate eingetragen wurden, die Fähigkeit, Unterschiede klarzulegen (nach *Ziehen*), nicht aufgenommen. Doch wurde diese Prüfung in fast allen Fällen mit vorgenommen. Kleinere Abweichungen von dem gewöhnlichen Gange der Untersuchung mußten selbstredend öfter eintreten, so z. B., wenn man merkte, daß die Zöglinge sich gegenseitig unterrichtet hatten, was übrigens gar nicht so häufig vorkam, als man vielleicht erwarten könnte. Im ganzen mußte man sich sonst der Gleichmäßigkeit halber und aus Zeitmangel schon an das Schema halten, trotz der Mängel, die einem solchen Verfahren anhaften.

Zur Untersuchung kamen in Rickling 84 männliche, in Innien und Neuendeich je 30, zusammen 60 weibliche Zöglinge im Alter von 14 bis zu 20 Jahren. Von ihnen stammten aus den beiden Großstädten Kiel und Altona weit mehr als die Hälfte, nicht ganz ein Drittel aus den übrigen Provinzstädten, nur 20 Zöglinge vom Lande. Außerehelich geboren waren im ganzen 33, von denen 15 später legitimiert waren. Daß die Mehrzahl den niedrigsten Volkschichten entstammt, wird aus naheliegenden Gründen niemandem verwunderlich erscheinen. Zu etwa $^2/_3$ gehörten die Eltern dem Arbeiterstande an, in $^1/_5$ der Fälle dem Handwerker- und Gewerbestande, von denen aber nur sehr wenige selbständig waren, der kleine Rest dem niederen Beamtenstande und anderen Berufklassen. Das Einkommen der Eltern betrug demgemäß in keinem einzigen Fall über 3000 Mk. und nur bei 20% über 900 Mk.; 37 mal (d. h. in 25% der Fälle) waren die ärmlichen Verhältnisse direkt betont. Gestorben war der Vater in 27, die Mutter in 22 Fällen, 15 mal hatte freilich der überlebende Gatte sich wieder verheiratet. Vollwaisen waren 3 Zöglinge.

Die sonstigen häuslichen Verhältnisse waren meist die denkbar ungünstigsten. Die Akten schilderten da verschiedentlich derartig unglaubliche Zustände in der Großstadt, aber auch auf dem Lande, daß es wahrlich nicht wundernehmen kann, wenn auch ein völlig normales Kind in einem solchen Sumpfe versinkt. Da sind beide Eltern dem Trunke ergeben, roh und gewalttätig, lügen und betrügen,

1*



wo und wann sich ihnen Gelegenheit bietet, sind beide bestraft, der Vater mit Zuchthaus, die Mutter im Verdacht der gewerbmäßigen Unzucht, und alle, Eltern und sieben Kinder, schlafen auf Stroh mit Decken zugedeckt, da Betten nicht vorhanden sind. Oder die Ehe ist geschieden, der Vater trank, die Mutter hat verschiedentlich unehelich geboren, steht im Verdacht der Kuppelei, lebt in wilder Ehe mit einem vielfach vorbestraften Manne und duldet, daß dieser mit ihrer kleinen Tochter unzüchtige Handlungen vornimmt. Jedem, der sich mit der Fürsorgeerziehung beschäftigt hat, werden solche Schilderungen trotzdem wenig Neues bieten, und der Einzelheiten wegen kann deshalb auf die Tabelle 2 verwiesen werden. Eine große Rolle spielt in ursächlicher Beziehung der Alkohol, um so verderbenbringender, als er nicht nur die widerlichen häuslichen Verhältnisse, Not und Elend schafft, sondern auch eine schwere erbliche Belastung bedingt, so daß dann auf der endogenen Grundlage die exogenen Schädigungen um so verhängnisvoller ihre Wirkung entfalten können, zumal wenn zum Übermaß der eigene frühzeitige Alkoholgenuß des Zöglings hinzutritt. Der Vater trank in 43, beide Eltern in 3 Fällen, Alkoholmißbrauch des Zöglings wurde 11 mal erwähnt. Es waren dies 8 männliche und 3 weibliche Zöglinge. Fast regelmäßig war dann auch der Vater ein Trinker, so bei den 8 männlichen 6mal als ein ausgesprochener Potator zu bezeichnen. Zum Teil schien sich die unselige Leidenschaft direkt vererbt zu haben, so besonders bei einem Zögling, einem Imbezillen, dessen Großvater bereits an Trunksucht gelitten hatte, dessen Vater deswegen entmündigt war, nachdem er fast sein ganzes Vermögen vertrunken hatte. Die meiste Schuld trugen aber doch wohl die unverantwortlich laxen Anschauungen der bereits durch Alkohol degenerierten Eltern und die Verführung. So war es 2 mal direkt betont, daß der Zögling schon als Kind beständig mit zechenden Erwachsenen verkehren durfte, und daß dem Kinde bereits der Alkohol zugänglich gemacht wurde. Da ist denn die Forderung, die Berauschung eines Kindes als eine grausame Körperverletzung unter Strafe zu stellen (*Weygandt* 31), ganz gewiß berechtigt. Wiederholt war es bei den Zöglingen nach Alkoholgenuß bereits zu deliriumartigen Zuständen mit Selbstmordversuchen (4 mal) gekommen. Daß dies alles nur Minimalwerte sind, ist leider sicher. Offenbar sind nur die schwersten Fälle erwähnt worden.



Aber nicht immer erklärten die mißlichen häuslichen Verhältnisse, die asozialen Zustände in der Umgebung das Scheitern der jungen Existenzen. Schon sehr oft fand sich in den Akten nur die Bemerkung: der Vater, resp. die Mutter hat jeglichen Einfluß auf den Zögling verloren, oder aber: die Eltern können nicht erziehlich auf ihn einwirken, wobei es unentschieden bleiben mußte, ob die Energielosigkeit und Willenschwäche der Erzeuger die Schuld hatte — was dann ja auch als erbliches Moment gewertet werden müßte — oder aber die abnorme Veranlagung des Zöglings allein. Ferner fehlten die Angaben in 13 Fällen, und endlich wurden gar nicht selten die Verhältnisse umgekehrt als durchaus günstig geschildert, so daß hier der Grund der Verwahrlosung in der Minderwertigkeit des Zöglings selbst gesucht werden mußte.

Im ganzen wirkten so exogene und endogene Ursachen zusammen in 78 Fällen, nur exogene in 19, nur endogene in 31, und in 16 Fällen ließen sich keine von beiden nachweisen. Hierbei wurden freilich die eigenen Angaben der Zöglinge mit verwertet. Direkte erbliche Belastung von seiten der Erzeuger (Schwindsucht, leichtere geistige Abnormitäten, Verbrechen n i c h t einberechnet), also schwere erbliche Belastung war vorhanden nach den Akten bei 64 (d. h. bei 44%), nach ihren eigenen Angaben außerdem bei 27, im ganzen bei 91, d. h. bei 63% aller Untersuchten, doppelte Belastung von seiten beider Eltern im ganzen bei 26. Die Angaben der Zöglinge mögen dabei vielleicht nicht immer zuverlässig sein. Immerhin muß man aber in Erwägung ziehen, daß sie wohl ebenso gern die Mängel ihrer Eltern zu- wie aufdecken. Auf jeden Fall bedeuten diese Zahlen einen hohen Grad der Erblichkeit. Zum Vergleich möge herangezogen werden, daß diese bei den Aufnahmen der hiesigen Provinzialirrenanstalt in den letzten 10 Jahren im Durchschnitt noch nicht ganz 40% betrug (1410 von 3645). Im Vordergrunde stand bei weitem die Trunksucht der Eltern. Außer den oben erwähnten 46 Fällen, die aktenmäßig festgestellt werden konnten, wurde vom Zögling selbst noch 19 mal Alkoholmißbrauch des Vaters zugestanden. Bei 65 von 91 Belasteten hatte also der Alkohol die erbliche Veranlagung verursacht. Weitere Aufschlüsse über die Erblichkeit gibt die Tabelle 3. Sie erreichte einen noch höheren Grad als den Durchschnitt bei den schwereren Schwachsinnsformen und den ausgesprochenen Psychopathen: von letzteren



waren nur 17% (4 von 24), von ersteren nur 25% (5 von 20) erblich nicht belastet.

Wieweit andere äußere Ursachen (körperliche Erkrankungen, Unfälle usw.) mit verantwortlich gemacht werden konnten, war schwer zu entscheiden. Abgesehen von den Fällen von Alkoholmißbrauch der Zöglinge, die oben bereits erwähnt wurden, war die geistige Entwicklung sicher ungünstig beeinflußt je 1 mal durch Lues hered., Epilepsie (wahrscheinlich), Hydrocephalus, Gehirnerschütterung, Trauma, allgemeine körperliche Schwäche infolge von Rhachitis und Skrofulose. Sonst war in dieser Hinsicht die Ausbeute der Akten außerordentlich gering. So z. B. fand sich Rhachitis im ganzen nur 3 mal, Skrofulose nur 5 mal verzeichnet, während bei der Untersuchung 34 mal ausgesprochene Drüsenschwellungen, Narben nach Drüsenoperationen 7 mal und deutliche Zeichen überstandener Rhachitis jetzt noch allein bei 12 männlichen Zöglingen nachgewiesen werden konnten. Auch die Aussagen der Zöglinge selbst vervollständigten dies Bild nur wenig. Freilich muß man bedenken, daß infolge der zur Verfügung stehenden Zeit immer nur eine kurze Anamnese von ihnen aufgenommen werden konnte.

Eine Ausnahme machten bei den weiblichen Zöglingen die Geschlechtskrankheiten (Tafel 7). Unter den 60 untersuchten Mädchen hatten nur 3 vielleicht nicht geschlechtlich verkehrt, alle übrigen regelmäßigen Geschlechtsverkehr gepflogen, zum Teil schon vor dem vollendeten 14. Lebensjahr. 26 waren der Unzucht ergeben und 16 der gewerbmäßigen Unzucht. Manchen Schwachsinnigen hatte offenbar ganz das Gefühl für das Unmoralische gefehlt. Ein Mädchen war schon unter 14 Jahren regelmäßig von Soldaten mißbraucht worden, ein anderes hatte erklärt, was solle man tun, wenn man kein Geld habe, oder aber, das täten doch alle Mädchen, oder ein anderes, es sei ja nur am Sonntag geschehen. Alle vier waren imbezille Mädchen, deren Zurechnungfähigkeit schwer in Zweifel gezogen werden mußte. Bei der Untersuchung selbst wurde die Frage bei der großen sexuellen Erregbarkeit der Zöglinge aus naheliegenden Gründen nicht erörtert.

Daß unter solchen Verhältnissen auch die Geschlechtskrankheiten stark verbreitet waren, wird niemandem erstaunlich erscheinen. Nur die Hälfte aller Insassen war davon verschont geblieben, 12 von 60 waren an Lues erkrankt gewesen, 8 schon mehrmals wegen



Lues und Gonorrhoe behandelt worden. Bei den männlichen Zöglingen spielten dagegen die Geschlechtskrankheiten eine ganz untergeordnete Rolle.

Über die geistige Veranlagung in der Kindheit gaben die Akten gleichfalls nur dürftige Auskunft. Bei 57 fehlten jegliche Angaben. Es war ja freilich immer der Schulbesuch und dessen Erfolg verzeichnet. Dies konnte jedoch nur einen schlechten Ersatz bilden. Denn mehrfach sollten Zöglinge eine volle Volkschulbildung genossen haben, die bei der Untersuchung nicht einmal das kleine Einmaleins kannten und zweifellos als imbezill bezeichnet werden mußten. Alle bis auf zwei, die eine höhere Schulbildung genossen, hatten die Volkschule besucht. Der Besuch war aber besonders bei den Knaben oft sehr unregelmäßig (47 mal), 29 waren „Schulläufer" gewesen, während nur 10 Mädchen gelegentlich Neigung zum Schulenlaufen gezeigt hatten. Bei den weiblichen Zöglingen stellte sich das Umhertreiben und Vagabondieren erst mit der geschlechtlichen Reife in den Entwicklungsjahren ein. Von den Mädchen hatten $1/3$, von den Knaben nur etwa $1/6$ das Ziel der Volkschule erreicht.

Im allgemeinen beschränkten sich die Aktenangaben auf kurze Äußerungen wie: beschränkt, geistig zurückgeblieben, nicht ganz normal, und Aussagen über die verschiedensten moralischen Defekte von seiten der Lehrer und Erzieher. Eine ärztliche Untersuchung und Begutachtung hatte stattgefunden in 10 Fällen, eine ärztliche Beobachtung in nur 6 Fällen (Tafel 7). Meistens auch in schweren Fällen von Schwachsinn und Psychopathie war niemals ein Arzt befragt. Selbst wenn ein Zögling als ekelhaft schmutzig und viehisch bezeichnet worden war, so daß „der Waisenvorsteher vor einem Rätsel steht, das sich nur durch einen krankhaften Zustand erklären läßt", war er ohne Sachverständigenurteil bestraft und alsdann in Fürsorge gegeben, und ähnlich war es einem hochgradigen Psychopathen ergangen, der viele nervöse Erscheinungen bot, in der ganzen Entwicklung zurückgeblieben war und dessen Zurechnungfähigkeit noch jetzt stark bezweifelt werden mußte, sowie einem Idioten, der nunmehr dauernd der hiesigen Irrenanstalt zur Pflege überwiesen ist. Durch die Tätigkeit der Jugendgerichtshöfe werden solche Fälle aber wohl immer mehr zur Seltenheit werden. Wenn freilich wie bei einem Zögling das ärztliche Zeugnis lakonisch lautet: „Über ihren Zustand

ist nicht viel zu sagen", trotzdem die Erzieher wegen der geistigen Abnormität jegliche Verantwortung ablehnen, und sich dann in Kürze die Notwendigkeit der Irrenanstaltpflege herausstellt, so ist damit der Sache wenig gedient. Über gewisse Spezialkenntnisse muß der Begutachter schon verfügen und etwas Verständnis den Grenzzuständen entgegenbringen.

Änderungen in dem Zustandbilde treten allerdings oft ein, und sie sind nicht immer vorauszusehen. Mehrmals bin ich erstaunt gewesen, wenn ich bei einem Zögling, in dem man nach der Schilderung der Akten einen Idioten erwarten mußte, nur einen ganz geringen Grad von Schwachsinn nachweisen konnte, so daß einer sogar als fast normal bezeichnet wurde. Während der Fürsorgeerziehung hatte bei ihnen eine Spätentwicklung eingesetzt. Umgekehrt tritt bekanntlich vielfach in den Entwicklungsjahren ein Stillstand oder eine Verschlimmerung ein. So hatte besonders bei 10 von den untersuchten Knaben die Verwahrlosung erst nach oder kurz vor der Konfirmation begonnen. Unter ihnen befanden sich 4 Psychopathen, deren geistige Minderwertigkeit jetzt in Zunahme begriffen war, und 3 Imbezille, die beim Hinaustreten ins Leben dem Kampf ums Dasein nicht gewachsen waren, von denen zwei um so rascher versagten, als sie dem Alkohol verfielen. Ein geistig Normaler scheiterte gleichfalls infolge des Alkohols, und bei den beiden letzten, die auch als normal bezeichnet werden mußten, war eine Ursache nicht ersichtlich. Vielleicht waren sie in schlechter Gesellschaft der Verführung zum Opfer gefallen.

Bei den Mädchen zeigte sich die Verschlimmerung oft durch Häufung von Wutanfällen und Erregungszuständen, die zu wiederholten Malen auch die Irrenanstaltspflege erforderlich machten, noch öfter aber wurden sie jetzt nach erreichter Reife bei ihrer sexuellen Erregbarkeit durch die äußern Verhältnisse der Unzucht in die Arme geführt, und manche Imbezille erlagen nur gar zu bald willenlos der Verführung. Weitere Angaben über die Entwicklungsjahre enthält Tabelle 7.

In die Zeit der Pubertät fielen auch erklärlicherweise die meisten Konflikte mit dem Strafgesetz. Bei einem Teil der weiblichen Zöglinge fehlten nähere Angaben, alle übrigen hatten die verschiedensten Vergehen und öfter schwere Verbrechen auf dem Gewissen, die meisten



waren vorbestraft, eine ganze Anzahl bereits unter 14 Jahren, mehrere Knaben bis zu 5 mal, bevor sie in Fürsorge gegeben wurden. Da die beigefügte Tafel (8) nur die Strafen enthält, ergeben die Zahlen naturgemäß nur Minimalwerte aller begangener Verbrechen. Auch während der Fürsorgeerziehung waren noch viele bestraft worden. Ein Strafaufschub war, soweit sich dies feststellen ließ, in 29 Fällen eingetreten.

Die Strafen überwogen ganz erheblich bei den Knaben, besonders die Eigentumvergehen, bei den Mädchen traten dafür die unzähligen Fälle von Unzucht, über die aber nur ganz selten eine Strafe verhängt war. Wie bei jenen die Konflikte mit dem Strafgesetz, so waren bei diesen die sexuellen Verfehlungen fast regelmäßig die Ursache für die Einleitung der Fürsorgeerziehung gewesen. Diese war immer und immer wieder als die ultima ratio, leider nicht vorbeugend in Wirksamkeit getreten. Bei 75 von den 84 männlichen Zöglingen war sie eingeleitet auf Grund des § 1 Abs. 3 des Gesetzes vom 2. Juli 1900, bei 7 auf Grund des Abs. 2, nur bei 2 nach Abs. 1 (Tafel 9). Trotz der größten Verwahrlosung der Kinder hatten sich aber noch oft genug die Eltern ablehnend verhalten und alle Mittel in Bewegung gesetzt, um die Fürsorge zu verhindern. Nur 10 mal hatten die Eltern selbst den Antrag gestellt. Es wird also wohl noch lange Zeit verstreichen, bis das Vorurteil über die Fürsorgeerziehung überwunden ist.

Dementsprechend war sie leider auch immer erst sehr spät, zu spät in die Wege geleitet. Nur 7 Zöglinge waren im Alter von 6 bis 10 Jahren, 22 weitere vor vollendetem 14. Lebensjahr, alle übrigen später und 19 sogar erst nach vollendetem 18. Lebensjahr in Fürsorge gekommen. Dabei betrug die Zeit zwischen Antrag und Unterbringung noch oft genug über $^1/_2$ Jahr. So war es denn auch notwendig geworden, daß 59 von 84 männlichen Zöglingen — nur bei diesen wurden diese Zahlen verfolgt — sogleich in einer Erziehungsanstalt untergebracht werden mußten, und von ihnen hatten in der Zwischenzeit nur 24 vorübergehend versuchsweise in Familienpflege gegeben werden können. Daß mit solchen Elementen die Erziehung noch glänzende Resultate erzielen soll, kann man füglich kaum verlangen.

Aus der Zeit der Fürsorgeerziehung interessieren hier zunächst die zahlreichen Entweichungen (Tafel 11), die (wohl zur Hauptsache aus äußern Gründen) bei den männlichen Zöglingen ungemein viel



häufiger vorkommen als bei weiblichen (dort Feldarbeit, hier Hausarbeit). Am meisten beteiligt waren von jenen dann wiederum die Psychopathen und die Imbezillen, während die leichteren Grade von Schwachsinn unter dem Durchschnitt blieben. Als eine triebartige Neigung wurde das Entweichen besonders in drei Fällen von den Zöglingen selbst geschildert: sie wurden verstimmt, bekamen Angst und Herzklopfen, liefen plötzlich auf und davon, fühlten sich hinterher von der Unruhe und Spannung befreit und möchten dann am liebsten wieder umkehren. Zwei waren ausgesprochene Psychopathen, bei dem dritten ließ sich bei der Untersuchung sonst nichts Besonderes feststellen. Die meisten Zöglinge wußten dagegen für ihr Fortlaufen keine nähere Erklärung zu geben. Später beschuldigten mehrere die Erziehungsanstalt und die schlechte Behandlung. Hierauf sowie auf die Selbstmordversuche und Erregungszustände werde ich weiter unten zurückkommen.

Der Ernährungszustand der untersuchten Zöglinge war durchweg gut, insonderheit bei den weiblichen, und wo nicht, erklärten körperliche Leiden die Magerkeit zur Genüge. Verschiedene Male konnte man beobachten, in welch dürftigem und heruntergekommenem Zustande dagegen einige kurz zuvor Entwichene nach den Strapazen eines unregelmäßigen, auf der Landstraße oder im Bordell verbrachten Lebens in die Anstalt zurückgekehrt waren. Die körperlichen Erkrankungen sind in Tabelle 12 aufgeführt.

Den Entartungszeichen und Innervationstörungen (vgl. die Tafeln 13 u. 14) wurde bei der Beurteilung nur dann ein Wert beigelegt, wenn sie gehäuft vorkamen und in ausgesprochenem Maße vorhanden waren. Ganz frei von ihnen waren nur wenige.

Mit Tätowierungen (bis zu 10 verschiedenen, s. Taf. 12), auf die im übrigen gar kein Gewicht gelegt wurde, hatte sich reichlich die Hälfte der männlichen Zöglinge geziert. Es waren fast ausnahmlos rohe, gewalttätige Burschen oder solche, die eine sexuelle Laufbahn hinter sich hatten, zum größten Teil geistig Minderwertige.

Bei der Prüfung der geistigen Fähigkeiten wurden die Anforderungen möglichst niedrig gestellt, schwierigere Fragen nur, um die richtige Beantwortung in positivem Sinne verwerten zu können. Trotzdem war der negative Ausfall ein großer, so daß selbst die Schwestern sich oft über die Unkenntnisse der Zöglinge wunderten, obwohl sie sich



doch allmählich an ein so schwach begabtes Material gewöhnt und wohl auch ihre Anforderungen bereits recht heruntergeschraubt haben. Verschiedene kannten nicht ihren Geburtstag, nicht alle Farben — Farbenblindheit bestand dabei nicht —, nicht die Uhr, von den vorgezeigten Bildern nur den Löwen, konnten einstellige Zahlen nicht richtig addieren u. a. m. Eine ganze Reihe von Zöglingen in Rickling kannte die Pastoren, den Hausvater und die Schwestern nicht mit Namen. Es ist dies jedoch weniger als ein Intelligenzdefekt zu deuten, als vielmehr eine Folge von außerordentlicher Teilnahmlosigkeit und Gleichgiltigkeit. Bei den Mädchen wurde dies nur dreimal beobachtet. Bei ihnen überwog das lebhafte, erregte Element, und die Indolenz erreichte bei ihnen auch nie einen so hohen Grad. Dafür versagten sie wiederum öfter auf andern Gebieten, zeigten verhältnismäßig öfter Störungen des Gedächtnisses, der Merkfähigkeit, leichtere Ermüdbarkeit, Flüchtigkeit, Zerstreutheit u. a., geringere Schulkenntnisse. Weiterer Einzelheiten wegen verweise ich auf die Tafel 15 und auf die Berichte über die Untersuchungen in andern Provinzen.

Wahnideen wurden nicht festgestellt, dagegen mehrmals krankhafte Eigenbeziehung und auch zeitweilige Sinnestäuschungen, die freilich bei den Betreffenden erst in der späteren Anstaltsbeobachtung mehr zutage traten. Moralische Defekte als Teilerscheinung der ganzen geistigen Minderwertigkeit waren, wie zu erwarten, oft vorhanden; ein ausgesprochener Defekt auf moralischem Gebiete ohne sonstige, insonderheit Intelligenzstörungen wurde dagegen nur einmal beobachtet. Affektstörungen (Tafel 16) waren nicht selten, und besonders bei den weiblichen Zöglingen waren oft infolge der leichten Erregbarkeit Tobsuchtsanfälle (mit Selbstmordversuchen) aufgetreten, die mehrmals Irrenanstaltspflege erforderlich machten. Leichtere Hemmungen konnten wiederholt beobachtet werden, eine schwerere Hemmung bestand bei einem nach seinem Entweichen kurz zuvor zurückgebrachten Mädchen. An Bettnässen litten noch drei Zöglinge in Rickling, an Nachtwandeln einer. An Handlungsstörungen sei hier noch erwähnt, außer dem bereits oben angeführten triebartigen Entweichen, die zweimal beobachtete Neigung zu ekelhaften Schmutzereien, wie sie bei Hysterie zuweilen besteht. Beides waren ausgesprochene Psychopathen, die wohl auch sonst hysterische Charakter-

eigenschaften darboten, aber keine hysterischen Stigmata. Der eine von ihnen war auch längere Zeit in der Irrenanstalt. Wie das Entweichen wurde dann auch gar nicht selten das Stehlen als triebartig geschildert, sowohl in den Akten, wie von den Zöglingen selbst (vgl. Taf. 7 u. 15). So behauptete einer, vorher jedesmal ein Gefühl der Beklemmung, Zittern und Herzklopfen, Unruhe und Angst zu bekommen, hinterher von einem Gefühl der Starre befallen zu werden. Meistens handelte es sich um Schwachsinnige oder Psychopathen mit mehr oder weniger Schwachsinn. Zwei von ihnen mußten aber als normal bezeichnet werden: der eine erklärte, er sei früher „schwächer" gewesen, der andere erzählte, seine Mutter habe das Stehlen bei ihm für eine Krankheit gehalten, er sei aber durch Hypnose geheilt. In der Tat hatte er sich seit 1907 keinen Diebstahl mehr zuschulden kommen lassen.

Bei der Diagnose (Tafel 17) wurde unterschieden: normal, psychopathisch mit oder ohne Schwachsinn, debil (Schwachsinn leichteren Grades), imbezill (Schwachsinn schwereren Grades), Idiotie und Epilepsie, von der Stellung weiterer Differenzialdiagnosen dagegen abgesehen.

Der Beurteilung des Geisteszustandes wurde selbstredend nicht nur die Intelligenzprüfung, sondern alles: das Aktenergebnis, die schriftlichen und mündlichen Angaben der Erzieher, die somatische und psychische Untersuchung zugrunde gelegt, auch die Auskunft der Zöglinge mit Vorsicht mit verwertet, und die Grenzen der geistigen Gesundheit dann immer möglichst weit gezogen. Trotzdem konnten von den männlichen Zöglingen nur 16 als einwandfrei normal bezeichnet werden. 22 weitere boten allerhand nervöse Erscheinungen, moralische Defekte, mehr oder weniger geistige Schwäche, so daß bei 9 von diesen die Diagnose normal mit einem großen Fragezeichen versehen werden mußte. Immerhin müssen aber auch sie für das Resultat der Untersuchung als normal gelten, zusammen also 38 = 45%. Ausgesprochene Psychopathen (ohne Intelligenzdefekt) waren 5 = 6%, als debil mußten im ganzen 27 = 32%, als imbezill 12 = 14% bezeichnet werden. Ein Zögling litt wahrscheinlich an Epilepsie, einer an Idiotie. Bei den weiblichen Zöglingen stellt sich das Ergebnis, wie folgt: einwandfrei normal 17, normal (?) 7, zusammen 24 = 40%, ausgesprochen psychopathisch 3 = 5%, debil im ganzen 21 = 35%,



imbezill 12 = 20% In Neuendeich überwogen etwas die Psychopathen, in Innien die Schwachsinnigen. Hinterher wurde auch von der Vorsteherin in Neuendeich bestätigt, daß gegenwärtig verhältnismäßig intelligente Zöglinge in ihrer Anstalt untergebracht seien. Unter den Schwachsinnigen befand sich dann noch, wie auch aus der Tabelle 17 zu ersehen ist, eine ganze Anzahl von Zöglingen, die neben ihrer geistigen Schwäche schwere nervöse Erscheinungen darboten. An Psychopathen fanden sich somit im ganzen (mit oder ohne Schwachsinn): unter den Knaben 13 = 15%, unter den Mädchen 10 = 17%.

Diese hohen Prozentsätze mögen zunächst gewiß Staunen erregen. Im Grunde genommen braucht man sich aber nicht zu wundern. Denn man muß doch bedenken, daß erstlich einmal das, was in Fürsorge kommt, durchweg kein normales Material darstellt, und in zweiter Linie scheitern hiervon in der Außenwelt, in der Familienpflege immer wieder die geistig Minderwertigen. Gerade sie müssen in die Erziehungsanstalten zurückversetzt werden und drücken das Durchschnittniveau so herunter.

Zur Fürsorgeerziehung weiter geeignet erschienen nach ärztlichem Standpunkte 64 männliche (= 76%) und 44 weibliche Zöglinge (= 73%). Diese Zahlen scheinen mir aber jetzt entschieden noch zu hoch gegriffen zu sein. Denn seit der Untersuchung wurden aus Rickling bereits drei der Irrenanstalt zur Beobachtung und vorübergehenden Behandlung überwiesen, die damals als durchaus geeignet bezeichnet waren trotz der nicht übersehenen geistigen Minderwertigkeit. Alle übrigen passen in die Fürsorgeerziehung, d. h. in ihrer jetzigen Form, nicht hinein. Sie gehören sowohl in ihrem Interesse, wie vor allem mit Rücksicht auf die übrigen Zöglinge in besondere Zwischenanstalten, in denen neben der pädagogischen Erziehung vor allem auch die ärztlich notwendigen Gesichtspunkte zu ihrem Recht kommen können. Das wird gegenwärtig wohl allgemein anerkannt und kam auch in den Leitsätzen auf dem vorjährigen Fürsorge-Erziehungs-Tag sowohl von ärztlicher, wie von pädagogischer Seite voll zum Ausdruck und zur Annahme. Eine nähere Begründung ist deshalb hier kaum mehr am Platze.

Die Zahl der zur Fürsorge Ungeeigneten ist erheblich geringer als die der geistig Minderwertigen. Denn viele von diesen, besonders die, bei denen zur Hauptsache nur eine Schwäche des Intellekts besteht,



sind sehr oft leicht zu lenken und ohne Schwierigkeit in den bisherigen Erziehungsanstalten zu behandeln.

Die Frage nach der Besserungfähigkeit habe ich mir bei den einzelnen Zöglingen nicht gestellt, da die Prognose zu unsicher ist. Auch ist die Frage nach der Militärtauglichkeit bei den männlichen nicht beantwortet, da die Zwischenzeit bis zum Diensteintritt meistens noch zu lang war. Bei allen nicht Normalen wird sie aber später ernstlich zu prüfen sein, da gerade die Psychopathen und Schwachsinnigen beim Militär sehr bald versagen, geistig erkranken oder durch Fahnenflucht u. a. mit den Militärstrafgesetzen in Konflikt geraten.

Wichtiger erschien es dagegen, schon jetzt die Frage der Entmündigung zu erörtern, damit sie rechtzeitig genug vor Ablauf der Fürsorgeerziehung eingeleitet werden kann, vor allem bei den Mädchen, die wohl noch mehr der Versuchung ausgesetzt sind (in sexueller Hinsicht) als die männlichen Zöglinge. So wird besonders bei 12 weiblichen Insassen, je 6 von Neuendeich und Innien, die Entmündigung voraussichtlich erforderlich sein. In Betracht kommen dabei in erster Linie Imbezille, die sich willenlos lenken und vor allem nach der schlechten Seite hin beeinflussen lassen, die ohne Stütze in der Außenwelt sich nicht halten können.

Auf die Untersuchung hin wurde zunächst bei 6 Zöglingen aus Rickling, bei denen eine längere Anstaltsbeobachtung, bzw. -pflege durchaus notwendig erschien, die Überführung in die Irrenanstalt beantragt und ausgeführt. Es stellten sich dann aber bald bei ihrem Aufenthalt in der Irrenanstalt allerhand Schwierigkeiten heraus, insonderheit auch bei der später wiederholt beantragten Zurückversetzung in die Fürsorge. Die Provinz besitzt keine eigenen Anstalten, und die Vorstände der Fürsorgeanstalten lehnten die Wiederaufnahme der Zöglinge ab. Deshalb wurde fortan auf Grund der Untersuchung keine weitere Überführung zwecks längerer Beobachtung befürwortet, sondern nur den Fürsorgeanstalten anheimgegeben, bei den pathologischen Zöglingen bei eintretender Verschlimmerung eine solche zu beantragen, obwohl bei einer ganzen Reihe eine längere Beobachtung wünschenswert gewesen wäre. Um so mehr wäre deshalb bei ihnen eine Wiederholung der psychiatrischen Untersuchung in gewissen Zeitabständen angebracht.

Auf diese Weise wurden dann im Laufe der Zeit (5 Zöglinge mit-



gerechnet, die sich bereits vorher hier befanden), im ganzen 16 männliche und 6 weibliche Zöglinge in der hiesigen Provinzialirrenanstalt untergebracht. Von diesen hatten drei aus Rickling kurz zuvor einen ernstgemeinten Selbstmordversuch gemacht. Sie waren daselbst vor nicht langer Zeit in die Falkenburg, das feste Haus für schwererziehbare Zöglinge, das im vorigen Sommer gerade zur Zeit der psychiatrischen Untersuchung bezogen war, in dem eine eiserne Disziplin gehandhabt wird und auch wohl herrschen muß, zur Hauptsache ihrer Entweichungen wegen verlegt worden. Es bestätigte sich von neuem die Erfahrung, die im Heere schon längst gemacht worden ist: geistig defekte Menschen versagen, sowie größere Anforderungen an sie gestellt werden, und einer zu straffen Disziplin sind sie nicht gewachsen. Die meisten Entweichungen (im Heere Fahnenflucht) sind ja nicht durch äußere Umstände veranlaßt, sondern durch innere Vorgänge bedingt. Dies gilt noch mehr von Selbstmordversuchen. Freilich alle drei genannten Zöglinge bekundeten gleichlautend, nur durch Verzweiflung infolge der schlechten Behandlung und Mißhandlung durch Schimpfen und Prügel seien sie zu der Tat getrieben. Aber abgesehen davon, daß eine eingeleitete Untersuchung für diese Angaben keine Anhaltspunkte ergab, zeigte es sich in der Anstaltsbeobachtung bald, daß der eigentliche Grund sicher in krankhaften Verstimmungen zu suchen war. Auf eine ganz geringe Veranlassung hin, oft ohne ersichtlichen Grund traten Depressionszustände, öfter von tagelanger Dauer auf. So weinte einer von ihnen stundenlang, als seine Mutter, durch äußere Gründe verhindert, einen in Aussicht gestellten Besuch an dem bestimmten Tage nicht ausführte; der zweite sprach ein bis zwei Tage lang kein einziges Wort zu seiner ganzen Umgebung, nachdem es ihm untersagt worden war, ältere Patienten durch Schneeballwerfen zu belästigen, und der dritte wußte oft selber keinen triftigen Grund für seine langandauernden Verstimmungen anzuführen.

Leider wird dies an der Tatsache nichts ändern, daß das Durchschnittpublikum immer wieder den Aussagen der Zöglinge allein Glauben schenken und den Fürsorgeanstalten die ganze Schuld aufbürden wird und daß dann eine sensationslüsterne Presse solche Vorkommnisse mit Vergnügen aufgreifen und aufbauschen wird, wie dies ja in ähnlichen Fällen auch in unserer Provinz zur Genüge geschehen

ist. Will man da rechtzeitig vorbeugen und die Fürsorgeerziehung vor unbegründeten Angriffen und Schaden bewahren, so wird man bei der Versetzung in das feste Haus bei pathologischen Zöglingen außerordentlich vorsichtig vorgehen müssen. Eine spezialärztliche Untersuchung und Beratung wäre da jedesmal sehr am Platze. Noch besser aber wäre es, wenn alle diese Psychopathen, die in der freieren Behandlung zu große Schwierigkeiten machen, gar nicht erst in das Haus für schwer erziehbare Zöglinge hineinkämen, sondern daß für sie besonders geeignete Zwischenanstalten errichtet würden. Diese Notwendigkeit wird sich mit der Zeit immer mehr herausstellen. In Hannover ist man auch bereits in dieser Hinsicht vorgegangen.

Die Überführung in die Irrenanstalt ist wohl in einzelnen Fällen zum Zwecke der Beobachtung gerechtfertigt, zum Zwecke der Pflege aber meistens nur ein Notbehelf und auf die Dauer nicht haltbar. Denn nur die allerwenigsten sind als dauernd irrenanstaltspflegebedürftig anzusehen. Von den oben erwähnten 22 Zöglingen sind dies nur 2 männliche, ein Idiot und ein Imbeziller, die beide zeitweilig halluzinieren. 5 männliche sind inzwischen großjährig geworden, von ihnen nur 1 in der Anstalt verblieben, 4 entlassen. Weiter sind, weil nicht anstaltspflegebedürftig, in Familienpflege entlassen 3 männliche und 2 weibliche Zöglinge, 1 männlicher ist entwichen. Die übrigen 9 (5 männliche und 4 weibliche) befinden sich noch in der Anstalt. Diese 5 männlichen sind sämtlich nicht mehr irrenanstaltspflegebedürftig, bei den 4 weiblichen ist nur ein vorübergehender Aufenthalt in der Irrenanstalt infolge ihrer heftigen Erregungszustände zu rechtfertigen, ihre Behandlung wäre aber auch in einer geeigneten, ärztlich geleiteten Zwischenanstalt möglich. Es ergibt sich also, daß alles in allem nur drei Zöglinge als dauernd geisteskrank anzusehen waren, sie müßten denn auch auf das Gesetz vom 11. Juli 1891 übernommen werden.

Alle übrigen passen auf die Dauer nicht in die Irrenanstalt hinein, zunächst einmal nicht in ihrem eigenen Interesse. Sie müssen hier naturgemäß ganz wie Kranke und dementsprechend stets mit Nachsicht behandelt werden. Solche dauernde Milde können sie aber ebensowenig vertragen wie die zu straffe Disziplin. Bei ihren vielen moralischen Defekten, die nicht alle ohne weiteres als krankhaft anzusehen sind, haben sie ganz gewiß eine ernste Erziehung nötig,



wie sie ihnen in der Irrenanstalt nicht zuteil werden kann, wenn anders sie später den Ansprüchen des Lebens gewachsen sein sollen. Daß sie das hier nicht lernen, lehren die Erfahrungen, die mit der Familienpflege bisher gemacht wurden. Um nämlich die Zöglinge, die nicht irrenanstaltspflegebedürftig waren, anderweitig unterzubringen, wurden 7 männliche, einer von ihnen 2 mal in Familienpflege gegeben. 2 entwichen sehr bald und wurden in verwahrlostem Zustande nach einigen Wochen wieder eingeliefert, 1 mußte wegen Straßenraubs in Haft genommen werden, 3 mal kehrte der Zögling nach kurzer Zeit von selber zurück und bat um seine Wiederaufnahme, angeblich natürlich, weil er zu schlecht und zu grob behandelt worden sei. Dabei ließ es sich aber nur einmal hinterher feststellen, daß die Stelle in der Tat nicht passend gewählt war. Die mildere Behandlung in der Irrenanstalt bei verhältnismäßig viel Freiheit und nicht so anstrengender Arbeit gefiel ihnen eben besser. Für ihr späteres Leben ist der Gewinn aber recht zweifelhaft. Nur zwei von den letztgenannten haben sich bisher $^1/_2$, bzw. $^1/_4$ Jahr lang gut gehalten, ohne ihrem Dienstherrn Anlaß zu Klagen zu geben. Freilich muß man hierbei in Betracht ziehen, daß gerade die Psychopathen zu den am schwersten erziehbaren Zöglingen rechnen, zum Teil wohl leider als unerziehbar gelten müssen, und es soll deshalb auch nicht behauptet werden, daß nun neue Zwischenanstalten auf einmal alle Schwierigkeiten aus dem Wege räumen und glänzende Resultate werden erzielen können.

Was aber vor allem betont werden muß, ist der Umstand, daß die Rücksicht auf die übrigen Kranken die Unterbringung solcher Fürsorgezöglinge in der Irrenanstalt auf die Dauer als unhaltbar erscheinen läßt. Durch ihre asozialen Neigungen wirken sie zu ungünstig auf ihre Umgebung: durch Frechheit und Unverschämtheit, Rücksichtslosigkeit, Albernheit und Neckereien, die oft mit Schlägereien ein Ende nehmen, gegenseitige Beeinflussung und Hetzereien, durch maßlose Wutausbrüche und Erregungzustände, dies besonders bei den Mädchen, oft auch ein Gemisch von Ungezogenheit und Krankheit, wie dies alles in den Berichten der Anstaltdirektion immer wieder hervorgehoben ist. Durch eine weitere Anhäufung solcher Elemente würde der Charakter der Irrenanstalt als eines Krankenhauses schwer leiden, nachdem sie eben durch die Erbauung des festen Hauses von den



geisteskranken Verbrechern befreit worden ist, sie würde sehr zum Nachteil der übrigen Kranken immer mehr den Charakter einer reinen Detentionsanstalt annehmen müssen. Schließlich ist auch wohl zu überlegen, ob es rein rechtlich zu verantworten ist, solche Zöglinge, die ärztlicherseits nicht als geisteskrank im engeren Sinne und nicht als unzurechnungfähig im Sinne des Gesetzes zu bezeichnen sind, sondern nur als vermindert zurechnungfähig, dauernd der Irrenanstalt zur Pflege zu überweisen.

Immer von neuem drängt sich also die Notwendigkeit auf, für pathologische Zöglinge geeignete Zwischenanstalten zu errichten oder zum mindesten besondere selbständige Abteilungen, die rein wirtschaftlich anderen Anstalten angegliedert werden könnten. Die Provinz würde sich dadurch auch in gewisser Weise von den Erziehungsanstalten unabhängig machen, während die Unterbringung gerade bei diesen Zöglingen bisher allerhand Schwierigkeiten machte, indem sie von Anstalt zu Anstalt geschoben werden mußten, entschieden nicht zu ihrem Vorteil.

Hiergegen wird allerdings der Einwand erhoben werden können, daß sich in unserer besonders kleinen Provinz für solche Anstalten nicht die nötige Anzahl von Zöglingen wird finden lassen. Ich glaube jedoch, diese Befürchtung wird sich mit der Zeit als unbegründet erweisen. In Betracht kommen zunächst alle Zöglinge, die bei der Untersuchung als ungeeignet zur Fürsorgeerziehung in der jetzigen Form bezeichnet sind, 20 männliche und 16 weibliche. Diese Zahl ist aber, wie oben ausgeführt, noch zu niedrig gegriffen. Ferner ist ein Teil der männlichen und reichlich die Hälfte der weiblichen erwachsenen Anstaltzöglinge bisher nicht zur Untersuchung gekommen. Es wäre sehr erwünscht, dies nachzuholen, um genaue Resultate zu erhalten. Da man annehmen darf, daß bei den übrigen Zöglingen der Prozentsatz der Psychopathen und Schwachsinnigen ungefähr die gleiche Höhe erreichen wird, so wird man von vornherein mit etwa 30 männlichen und reichlich so viel weiblichen Zöglingen für die neue Anstalt rechnen können, die wenigen, die wirklich geisteskrank und irrenanstaltpflegebedürftig sind, abgerechnet. Dann werden diese Anstalten alle aufnehmen können, die vor Einleitung der Fürsorgeerziehung psychische Abnormitäten dargeboten haben, die eine längere Beobachtung wünschenswert erscheinen lassen. Es würde ihnen dann nicht ohne



weiteres der Stempel der Irrenanstalt aufgedrückt, gegen die doch leider immer noch ein Vorurteil besteht.

Schließlich wird in Zukunft nach Errichtung einer Zwischenanstalt das Bedürfnis nach weiteren Plätzen ganz entschieden sehr bald steigen, da die Fürsorgeanstalten die Wohltat, von solch schwierigen Elementen befreit zu werden, im Interesse der normalen Zöglinge immer mehr empfinden werden und die Zahl der Fürsorgezöglinge im allgemeinen noch im Steigen begriffen ist. Es wird da denselben Gang gehen, wie einst mit dem festen Hause für geisteskranke Verbrecher. Das Bedürfnis hierfür war längst anerkannt, man fürchtete aber allgemein, die Zahl würde zu niedrig sein, um einen Bau für die Provinz allein zu rechtfertigen. Selbst von sachverständiger Seite wurden anfangs 25 bis 30 Plätze für ausreichend gehalten. Dann wurde das feste Haus in Neustadt errichtet mit 40 Plätzen, und jetzt nach wenigen Jahren reichen auch diese nicht mehr aus.

Auf Grund der vorliegenden Resultate der bisherigen Untersuchung halte ich mich zu folgenden kurzen Schlüssen berechtigt: 1. Es ist sehr erwünscht, daß die psychiatrische Untersuchung auf die übrigen Fürsorgezöglinge, zunächst auf die in Anstalten für Erwachsene untergebrachten ausgedehnt werde.

2. Es ist dringend erforderlich, daß sie in gewissen Zeitabständen wiederholt werde; sie kann sich dann aber beschränken auf die früher als pathologisch erkannten und solche, bei denen inzwischen auffallende Veränderungen eingetreten sind; vor allem wäre sie erwünscht vor Verlegung von Psychopathen in das feste Haus für schwererziehbare Zöglinge.

3. Die Errichtung einer geeigneten Zwischenanstalt ist auch für unsere Provinz auf die Dauer nicht zu umgehen.

Fragebogen 1. Vorgeschichte (nach Auskunft der Akten etc.)

1. *Personalien*: Vor- und Zuname. Geburtsort (Kreis). Geburtstag. Ehelich oder unehelich.

2. *Äußere Verhältnisse*: Der Eltern Wohnort, Stand, Vermögens- und sonstige Verhältnisse. Sind die Eltern noch am Leben? (ev. wann verstorben?) Wo wurde der Zögling früher erzogen? Unter welchen Verhältnissen? Frühere Arbeitstellen? Seit wann Erwerbsarbeit?



3. ***Erbliche Belastung***: Sind bei den Eltern, Großeltern, Geschwistern oder sonst in der Familie vorgekommen: Geisteskrankheiten, Nervenkrankheiten (Epilepsie), Selbstmord, Trunksucht, auffallende Charaktere, Verbrechen, Schwindsucht, Syphilis (Aborte).

4. ***Frühere Entwicklung***, a) körperliche: Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft; Geburt (abnorme Verhältnisse); Entwicklung bei der Geburt; Zahnen; Gehen; Sprechen; Krämpfe (Bettnässen, Nachtwandeln); Rachitis und Skrofulose; Infektionskrankheiten; Hautausschläge; Traumen.

b) Geistige Entwicklung: Als Kind; Schulbesuch; Erfolg desselben; Fähigkeit zum Aufmerken und Beobachten; Gedächtnis; Leichte Ermüdbarkeit; Kenntnisse; Urteilsbildung; Gemütsstimmung; Auffallende Eigenschaften; Frühzeitige sexuelle Regungen; Ethische Defekte; Verbrecherische Neigungen; Neigung zum Umhertreiben; zum Alkohol.

5. ***Besonderheiten aus den Entwicklungsjahren;***

6. ***Vorstrafen;***

7. ***Beginn der Fürsorgeerziehung;*** Grund:

8. ***Weitere Entwicklung in der Fürsorgeerziehung***: Körperliche Krankheiten (Krämpfe); Führung; Besondere Eigenschaften; Wie oft bestraft und weshalb? Entweichungen; Erregungszustände; Beschäftigung; Leistungen; Sonstige Bemerkungen.

Fragebogen 2. Ärztliche Untersuchung.

1. ***Körperlich***: Größe, Gewicht, Körperbau; Hautbeschaffenheit; Drüsen; Abnormer Haarwuchs.

Schädel: Kopfmaße; Narben des Schädels; Degenerationszeichen am Schädel; am Gesicht; an den Ohrmuscheln; Innervationsstörungen der Hirnnerven; Augenlider; Augenbewegungen; Pupillen; Facialis; Nasenerkrankungen.

Mundhöhle: Gaumen; Zäpfchen; Rachen; Rachenreflex; Zähne; Zunge (Narben).

Rumpf: Herz; Lungen; Bauchorgane; Reflexe, Bauchdecken-; Cremaster-; Muskelerregbarkeit; Geschlechtsorgane; Urin.

Extremitäten: Abnorme Stellungen; Spitzfuß, Klumpfuß; Degenerationszeichen; Atrophien; Paresen; Kontrakturen; Reflexe der oberen Extremitäten; der unteren; Spasmen; Hypo- und Hypertonie; Sensibilitätstörungen; Dermographie; Koordinationstörungen; Ataxie: Augenfußschluß, Kniehackenversuch; Sonstige Bewegungstörungen; Gang und Haltung; Sprachstörungen; Sinnesorgane.

2. ***Psychisch***: Orientiertheit über Ort, Zeit, eigene Person, andere Personen, weitere Umgebung: Erkennen von Gegenständen, Farben, Bildern; Sinnestäuschungen; Gedächtnis für frische Aufnahme (Merkfähigkeit), Gegenstände, Farben, Bilder, Zahlen und Worte, Sätze, ältere Vergangenheit; Schulkenntnisse; Rückläufige Assoziationen: Ebbing-

hausscher Versuch, Masselonscher Versuch; Fähigkeit zu beschreiben, zu definieren, ein Sprichwort zu erklären; Besitz an Vorstellungen allgemeinen Inhalts, ethischer Vorstellungen, spezif. Fachkenntnisse; Wahnideen; Zwangsvorstellungen; Urteilsfähigkeit; Verlangsamung des Vorstellungsablaufs; Beschleunigung des Vorstellungsablaufs, Inkohärenz; Handlungsstörungen; Triebartige Neigungen und Gewohnheiten; Gemütsstimmung.

Tafel 1. Allgemeinverhältnisse.

	Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen
Zahl	84	30	30	144
Alter:				
14 J.	—	—	1	1
15 „	2	2	3	7
16 „	12	2	3	17
17 „	15	8	7	30
18 „	26	9	12	47
19 „	20	5	2	27
20 „	9	4	2	15
Geburt:				
ehelich	65	23	23	111
unehelich	19	7	7	33
davon später legitimiert	6	4	5	15
Wohnort der Eltern:				
Großstadt	50	16	17	83
Kreisstadt	13	3	1	17
Kleinstadt	10	6	8	24
Land	11	5	4	20
Stand der Eltern:				
Arbeiter	54	21	19	94
Handwerker (nicht selbst.)	12	5	3	20
Handwerker (selbständig)	4	2	2	8
Kaufmann	1	—	—	1
Händler	5	—	2	7
Unterbeamter	5	1	2	8
Schiffer resp. Fischer	1	1	—	2
Landmann	—	—	1	1
Krankenpfleger	1	—	—	1
Kellner	1	—	—	1
Artist	—	—	1	1
Einkommen der Eltern:				
bis 900 Mk.	66	23	28	117
von 900 bis 3000 Mk.	18	7	2	27
über 3000 Mk.	—	—	—	—
Vater gestorben	15	4	8	27
Mutter gestorben	11	9	2	22
Überlebende Gatte wieder verheiratet	9	3	3	15
Vollwaise	1	1	1	3
als Kind:				
Erzogen im Elternhaus	59	24	24	107
„ in fremd. Familien	5	2	3	10
„ zuerst im Elternh., dann in fr. Familien	20	4	3	27
außerdem in einer Erziehungsanstalt	15	1	3	19
Früher ohne Beschäftigung im Gewerbe	24	7	5	36
Vor Konf. im Gewerbe beschäftigt	33	—	4	37
Nach Konf. im Gewerbe beschäftigt	27	23	21	71
Geschwister 1—3	21	11	8	40
4—6	24	8	11	43
7—9	27	9	7	43
10—12	8	1	3	12
12—18	3	—	1	4
mehr als 18	1	1	—	2

Tafel 2. Häusliche Verhältnisse.

	Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen
Eltern haben jeglichen Einfluß verloren	15	10	6	31
Eltern können nicht erzieherisch einwirken	12	2	1	15
Eltern kümmern sich nicht um Zögling	5	1	1	7
Eltern tagüber auf Arbeit	25	5	4	34
Eltern beständig auf Reisen (Artisten)	—	—	1	1
Eltern wechseln jede Woche die Wohnung	—	1	—	1
Eltern beide kränklich	1	—	—	1
Mutter kränklich	2	1	—	3
„ nimmt Kind in Schutz	2	—	—	2
Mutter energielos	3	1	—	4
Vater kränklich u. willensschwach	2	—	—	2
Eltern wechseln unvernünftig mit Strenge u. Milde	1	—	—	1
Eltern leben getrennt	8	2	5	15
Vater wohnt nur im Logis	—	—	1	1
Eltern sind geschieden	7	2	4	13
Mutter zweimal geschieden	—	1	—	1
Vater mißhandelt Mutter u. Kinder	1	—	—	1
Vater lebt in wilder Ehe	2	—	—	2
Eltern schlugen sich	1	—	—	1
Kind von den Eltern mißhandelt	3	—	2	5
Vater trank	22	9	12	43

	Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen
Beide Eltern tranken	—	2	1	3
Alkohol dem Kind zugängl.	1	—	—	1
Stiefvater trank	1	—	—	1
Mutter Kupplerin, lebt in wilder Ehe	—	1	1	2
Mutter der Unzucht ergeb.	4	2	1	7
Mutter hat trotz Alters unehelich geb.	2	—	—	2
Mutter hat in der Ehe unehelich geb.	1	—	—	1
Eltern in schlechtem Ruf in sittl. Bez.	5	1	2	8
Mutter sittlich verkommen	1	—	—	1
Mutter schmutzig u. unsaub.	1	1	2	4
Schmutziges Haus	1	—	—	1
Ärmliche Verhältnisse betont	19	6	12	37
Große Kinderschar betont	1	—	—	1
Eltern verleiten Kinder zum Schlechten	1	—	—	1
Eltern halten Kind von der Schule ab	—	1	—	1
Eltern halten Kinder zum Diebstahl an	—	—	1	1
Vater begeht Sittenverbr. an den Kindern	1	2	2	5
Kind wurde zu Hause nicht satt	1	—	—	1
Verhältn. denkbar ungünst.	—	1	—	1
Verhältnisse günstig	—	3	1	4
Eltern ordentliche Leute	8	5	1	14
Es fehlen jegliche Angaben	7	1	5	13

Tafel 3. Erbliche Belastung.

	Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen
Direkte erbl. Belastung nach den Akten	39	10	15	64
Nach Angabe des Zöglings außerdem	18	5	4	27
Indirekte erbl. Belastung nach den Akten	3	2	1	6
Nach Angabe des Zöglings außerdem	1	1	—	2



	Bickling	Innien	Neuendeich	usammen
Belastung von beiden Eltern nach den Akten	9	5	4	18
Nach Angabe des Zöglings außerdem	6	1	1	8
Nach den Akten:				
Vater Trunksucht	22	9	12	43
„ Nervenleiden	1	—	—	1
„ jähzornig, roh, Vagabund, gewalttätig, energielos usw.	10	6	—	16
Vater bestraft	20	6	4	30
„ schwindsüchtig	3	1	—	4
Mutter Trunksucht	—	2	1	3
„ geisteskrank	—	—	1	1
„ geistesschwach	1	—	—	1
„ nervös, hyster. usw.	1	1	1	3
„ abnorm. Charaktor	9	1	2	12
„ bestraft	7	3	4	14
„ Unzucht	6	3	2	11
„ schwindsüchtig	1		—	1
Großvater Trunksucht	1	1	—	2
Geschwister bestraft	7	—	1	8
Geschwister in Zwangserz.	7	1	1	9
„ Trunksucht	1	—	—	1
„ schwachsinnig	1	—	—	1

	Bickling	Innien	Neuendeich	zusammen
Geschwister geisteskrank	1	—	—	1
„ verkommen	1	—	—	1
„ Unzucht	1	2	1	4
Cousine Krämpfe	—	—	1	1
Nach eigener Angabe außerdem:				
Vater Trunksucht	15	1	3	19
„ Schwermut	1	—	—	1
„ Schlaganfall	—	2	1	3
„ Schwindsucht	3	—	2	5
Mutter gemütskrank	2	—	—	2
„ Krämpfe	2	2	—	4
„ nervös, nervenkrank, Weinkrämpfe	6	5	2	13
Mutter Schwindelanfälle	1	—	—	1
„ Schwindsucht	1	1	2	4
Geschwister abnorm	3	1	—	4
„ nervenkrank	4	1	—	5
„ Krämpfe	7	2	2	11
„ Trunksucht	5	1	—	6
„ in Fürsorge	3	1	1	5
„ Zuhälter	—	1	—	1
„ Krüppel	1	1	—	2
Onkel geisteskrank	1	—	—	1
Urgroßmutter Krämpfe	—	1	—	1

Tafel 4. Körperliche Erkrankungen vor Einleitung der Fürsorgeerziehung (außer Geschlechtskrankheiten, s. Tafel 7).

	Bickling	Innien	Neuendeich	zusammen
Nach den Akten:				
Vakat bei	51	22	22	95
Hydrocephalus	1	—	—	1
Als Kind Krämpfe	1	—	2	3
„ „ Bettnässen	7	4	—	11
„ „ Nachtwandeln	2	—	—	2
„ „ Schwindelanfälle	1	—	1	2
Stark u. früh entwickelt	—	1	—	1
Körperl. gut entwickelt	1	—	—	1

	Bickling	Innien	Neuendeich	zusammen
Spätes Gehen	1	—	—	1
Späte Entwicklung	—	—	1	1
Spätes Sprechen	1	—	—	1
In der Entwickl. zurückgebl.	4	—	1	5
Körperlich schwächlich	2	—	—	2
Rhachitis	2	1	—	3
Skrofulose	4	1	—	5
Plattfuß	1	—	—	1
Blutarmut	—	2	1	3

	Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen
Gehirnerschütterung	—	—	1	1
Kopfschmerz m. Erbrechen	1	—	—	1
Hysterie	—	—	1	1
Akute Infektionskrankheit.	18	—	1	19
Rheumatismus	1	—	—	1
Hals- u. Nasenleiden	2	—	—	2
Augenleiden	3	—	1	4
Ohrenleiden	2	—	—	2
Bronchialkatarrh	1	—	—	1
Blutvergiftung	1	—	—	1
Furunkulose	1	—	—	1
Knochenbrüche	2	—	—	2
Lues hered.	—	1	—	1
Mastdarmvorfall	1	—	—	1
Nach eigener Angabe außerdem:				
Als Kind Krämpfe	2	1	—	3
„ „ ängstliche Träume	4	—	1	5
Als Kind Nachtwandeln	2	1	—	3
„ „ Bettnässen	1	—	—	1
„ „ Ohnmachten	—	—	2	2
Spätes Gehen	1	—	—	1
Späte Entwicklung	—	1	—	1
Spätes Sprechen	1	—	—	1
Rhachitis	2	—	—	2
Skrofulose	—	1	2	3
Gehirnerschütterung	1	—	—	1
Oft Kopfschmerzen	4	3	6	13
Akute Infektionskrankheiten	6	11	17	34
Gelenkrheumatismus	3	1	1	5
Augenleiden	—	—	1	1
Ohrenleiden	—	—	1	1
Magenleiden	—	1	1	2
Blinddarmentzündung	3	—	1	4
Knochenbrüche	1	—	—	1
Kopfverletzungen	8	—	—	8
Nierenentzündung	1	—	—	1

Tafel 5. Schulbesuch und Erfolg.

	Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen
Regelmäßig	37	25	23	85
Unregelmäßig	47	5	7	59
Nicht fertig lesen usw.	8	3	1	12
Fertig lesen, schreiben und rechnen im Zahlenkreise v. 1—100	49	16	18	83
Volle Volksschulbildung	23	10	10	43
Höhere Schulbildung	1	—	1	2
Unbekannt	3	1	—	4

Tafel 6. Geistige Abnormitäten u. a. in der Kindheit.

	Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen
Angaben fehlen	21	20	16	57
Begabt u. aufgeweckt	4	—	1	5
Beschränkt resp. schwachsinnig	15	5	4	24
Geistig minderwertig	1	2	—	3
Für nicht normal gehalten	3	1	1	5
„Einmal von Verstand" (eigene Angabe)	1	—	—	1
Geistig zurückgeblieben	2	—	1	3
Oft eigentümlich	2	—	—	2
Rechnen fiel besonders schwer	1	—	—	1
Lernte schlecht (eigene Ang.)	8	2	5	15
Rasche Ermüdbarkeit	1	—	—	1
Zerstreut u. unaufmerksam	3	—	—	3
Gedächtnisschwäche	1	—	—	1
Teilnahmlos u. stupide	1	—	—	1
Nachlässig u. unsauber	5	—	—	5
Mit Ungeziefer behaftet	1	1	—	2
Ekelhaft u. viehisch schmutz.	1	—	—	1
Sehr lange unsauber	1	—	—	1
Rascher Wechsel der Stimmung	1	—	—	1
Weinte viel als Kind	1	—	—	1



	Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen
Als Kind schwer zu lenken	1	—	—	1
Störrisch u. widersetzlich..	3	1	—	4
Verstockt u. unzugänglich	5	2	1	8
Läßt sich leicht verführen	2	—	—	2
Ohne jede Widerstandskraft	1	—	—	1
Träge, arbeitscheu u. a. ..	6	—	2	8
Faul u. lügenhaft	8	—	—	8
Frech, aufgeregt, zänkisch	4	—	2	6
Unehrlich u. verlogen	9	—	1	10
Kleptomanisch	1	—	—	1
Unverträgl. u. gewalttätig	1	—	—	1
Leichtsinnig	2	—	—	2
Warf mit seinen Sachen herum	1	—	—	1

	Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen
Nimmt viel Vogelnester aus	1	—	—	1
Tötet mutwillig Tauben ..	1	—	—	1
Als Kind viel geraucht ...	1	—	—	1
Frühzeitig Onanie	1	—	—	1
Als Kind von 9 Jahren Sittenverbrechen	2	—	—	2
Ließ unzüchtige Handlungen an sich vornehmen	—	1	—	1
Als Kind wiederholt Brandstiftung................	1	—	—	1
Schulläufer	29	—	—	29
Von der Polizei zur Schule gebracht	1	1	—	2

Tafel 7. Besonderheiten aus den Entwicklungsjahren.

	Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen
Angaben fehlen	2	—	—	2
Umhertreiben	28	22	23	73
Unausrottbarer Hang zum Umhertreiben	2	—	—	2
Dem Betteln ergeben	13	1	—	14
Zum Betteln ausgeschickt		2	—	2
Oft Diebereien u. Diebstähle	18	5	6	29
Stahl alles, was er erreichen konnte	1	1	—	2
Ausgespr. Trieb zum Stehlen	8	—	1	9
Vergeht sich immer period.	2	—	—	2
Stahl, um Schnaps zu trink.	1	—	—	1
Stahl, um Rauchgroschen zu haben	1	—	—	1
Verführt andere Kinder ..	5	—	—	5
Rauchte viel Zigaretten ..	3	—	—	3
Rauchte viel	—	1	—	1
Vernaschte gestohlenes Geld	4	—	—	4
Spielte viel Karten	1	—	—	1
Las viel Schundromane ...	1	—	—	1
Besucht viel Theater lebender Bilder	4	—	—	4
Macht Reisen für gestohlenes Geld	1	—	—	1

	Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen
Eltern gegenüber frech und aufsätzig...............	7	1	—	8
Bedroht die Eltern	2	—	1	3
Vergreift sich an den Eltern	3	—	1	4
Roheiten u. Gewalttaten ..	14	—	1	15
Alkoholmißbrauch	8	1	2	11
Nach Alkohol erregt	1	—	—	1
Delirium m. Selbstmordvers.	—	—	1	1
Nach Alkohol Wahnideen .	—	—	1	1
Selbstmordversuche (vor Einleit. d. Fürsorge) ...	—	—	2	2
Reinlichkeit noch ungenüg.	1	—	—	1
Nach der Schulzeit anders als die Geschwister	—	1	—	1
Ärztlich begutachtet	8	1	1	10
Länger in Anstalt beobacht.	2	1	3	6
Hang zum lasterh. Leben	1	—	—	1
Verkehr in verruf. Lokalen	1	—	—	1
Hang zum weibl. Geschlecht betont	3	—	—	3
Sittenverbrechen	10	1	—	11
Mit Zögling wurde widernat. Unzucht getrieben	2	—	—	2

	Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen
Geschlechtsverkehr m. Hund	—	—	1	1
Geschlechtsverkehr nicht sicher nachgewiesen	?	2	1	3
Nur gelegentl. Geschlechtsverkehr	?	6	9	15
Unzucht	2	14	12	28

	Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen
Gewerbmäßige Unzucht	—	8	8	16
Geschlechtskrank	—	15	14	29
Davon erworbene Lues		6	5	11
Mehrfach geschlechtskrank	—	5	3	8
Hat geboren	—	2	2	4

Tafel 8. Vorstrafen.

	Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen
Strafen vor Unterbringung in Fürsorge:				
Angabe fehlt	—	11	13	24
Konflikte mit dem Strafgesetz, nicht bestraft	22	8	3	33
1 × bestraft	19	8	9	36
2 × „	18	2	4	24
3 × „	8	1	1	10
4 × „	14	—	—	14
5 × „	3	—	—	3
Strafaufschub	23	3	3	29
Nach Unterbringung bestraft	31	2	3	36
Alter bei der 1. Vorstrafe				
unter 14 J.	15	3	3	21
14—16 J.	20	1	2	23
16—18 J.	26	7	9	42
über 18 J.	4	—	—	4
Diebstahl	54	11	14	79

	Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen
Einbruchdiebstahl	10	—	—	10
Straßenraub	3	—	—	3
Mundraub	6	—	—	6
Entwendg. v. Genußmitteln	1	—	—	1
Unterschlagung	14	—	1	15
Betrug	5	1	2	8
Urkundenfälschung	5	—	—	5
Hehlerei	2	—	—	2
Beilegung e. falschen Nam.	2	—	—	2
Widerstand	2	—	1	3
§ 317 u. 318 a	1	—	—	1
Sachbeschädigung	6	—	—	6
Hausfriedensbruch	4	—	—	4
Gefährl. Körperverletzung	2	—	—	2
Sittenverbr. an Kindern	8	—	—	8
Notzuchtsversuch	2	—	—	2
Unzucht	—	2	1	3
Brandstiftung	2	—	—	2
Betteln u. Landstreichen	10	—	—	10

Tafel 9. Unterbringung in Fürsorge.

	Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen
nach § 1 Abs. 1	2	?	?	
„ „ „ „ 2	7	?	?	
„ „ „ „ 3	75	?	?	
Im Alter von 6—10 J.	6	1	—	7
„ „ „ 10—12 „	10	—	—	10
„ „ „ 12—14 „	8	3	1	12
„ „ „ 14—16 „	21	9	9	39
„ „ „ 16—18 „	29	12	16	57
über 18 „	10	5	4	19

	Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen
Dauernd in einer Anstalt	35	?	?	
Zunächst in Familie	25	?	?	
Inzwischen in Familie	24	?	?	
Eltern einverstanden	18			
„ stellen den Antrag	10			
„ ablehnend	15			
„ leg. Beschwerde ein	7			
Eltern gehen bis ans Kammergericht u. reichen dann noch ein Gnadengesuch ein	1			

	Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen		Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen
Eltern beantragen wiederholt die Wiederaufhebung …	1				Verzögerung infolge Entweichung ……	7			
Eltern sehen ihren Sohn lieber auf dem Kirchhof.	1				Verzögerung wegen Verbüßung einer Strafe ….	5			
Antrag früher 1 × abgelehnt ……	6				Verzögerung durch Schuld der Polizei ……	1			
Antrag früher 2 × abgelehnt	3								

Tafel 10. Erkrankungen etc. während der Unterbringung.

	Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen		Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen
Angaben fehlen bei ……	39	11	21	71	Ekzem ……	3	—	—	3
Blutarmut, Bleichsucht …	1	1	2	4	Hautausschlag……	2	—	—	2
Drüsen ……	—	1	—	1	Krätze ……	9	1	—	10
Halsentzündung ……	2	8	—	10	Gehirnentzündung ……	—	—	1	1
Diphtherie ……	—	2	—	2	Viel Kopfschmerzen ……	2	—	—	2
Nasenpolypen ……	—	1	—	1	Halbseitige Kopfschmerzen	—	1	—	1
Mittelohreiterung ……	1	—	—	1	Nachtwandeln ……	1	—	—	1
Augenleiden ……	5	1	—	6	Bettnässen ……	4	—	—	4
Herzleiden ……	1	1	—	2	Heimweh ……	4	—	—	4
Lungenleiden ……	4	1	—	5	Schwermut nach Entbindg.	—	1	—	1
Influenza ……	1	—	—	1	Ohnmachten ……	—	—	1	1
Rippenfellentzündung ……	—	1	—	1	Simulation ……	—	1	—	1
Darmgeschwür ……	1	—	—	1	Anlage zu Größenwahn …	—	1	—	1
Bruchoperation ……	1	—	—	1	Droht sich das Leben zu nehmen……	1	—	—	1
Hämorrhoiden ……	1	—	—	1	Selbstmordversuche ……	5	—	1	6
Unterleibsleiden ……	—	—	2	2	Periodisch von schlechtem Charakter ……	1	—	—	1
Fehlgeburt ……	—	—	1	1	Brutal u. gewalttätig ……	3	—	1	4
Schleimbeutelentzündung .	1	—	—	1	Tobsuchtsanfälle ……	1	5	7	13
Knieleiden ……	1	—	—	1					
Beingeschwür ……	—	—	1	1					
Rheumatismus ……	1	2	—	3					

Tafel 11. Entweichungen.

	Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen		Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen
Nicht entwichen ……	18	21	19	58	5—6 × entwichen ……	9	1	1	11
1—2 × „ ……	26	7	6	39	Noch öfter „ ……	7	—	—	7
3—4 × „ ……	24	1	4	29	Im ganzen ……	233	16	26	275



Tafel 12. Körperlicher Befund.

	Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen
Ernährungszustand:				
Gut	58	25	23	106
Mittel	23	4	5	32
Mäßig	3	1	2	6
Schwächlich u. blutarm	9	3	6	18
Drüsenschwellung	21	5	8	34
Narben nach Drüsenoperat.	3	2	2	7
Sonstige Zeichen vor Skrofulose	3	—	1	4
Spitzfuß angedeutet	1	—	—	1
Plattfuß	9	—	—	9
X-Beine	7	—	—	7
Kyphoskoliose	1	—	—	1
Sonstige Zeichen von Rhachitis	11	—	2	13
Kariöse Zähne in größerer Zahl	18	4	6	28
Zeichen von Lues hered.	—	2	1	3
Zeichen von frischer Lues	—	1	2	3
Unbedeutende Kopfnarben	9	1	1	11
Empfindl. Kopfnarben	2	—	—	2
„ „ mit Knochenimpression	3	—	—	3
Unbedeutende Narben im Gesicht	5	2	4	11
Erheblichere Narben im Gesicht	2	—	—	2
Narbe nach Operation des Warzenfortsatzes	2	1	—	3
Eingesunkene Nase mit Narbe (nach Unfall)	2	—	—	2

	Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen
Narbe nach Bruchoperat.	2	—	—	2
„ „ Blinddarmop.	2	1	—	3
Narbe am Knöchel (nach Überfahren)	1	—	—	— 1
Narben nach Messerstichen	2	—	1	3
Tätowierungen 1—3	29			29
„ 4—6	8		1	9
„ 7—9	5			5
„ mehr	2			2
Klagen über Herzklopfen	5	8	3	16
Veränderungen am Herzen	15	—	—	15
Flache, schmale Brust	8	—	—	8
Lungenkatarrh	7	—	—	7
Asthma	1	—	1	2
Kurzsichtigkeit	8	1	3	12
Weitsichtigkeit	1	—	—	1
Sonstige Augenleiden	4	4	4	12
Schwerhörigkeit	3	—	2	5
Sonst Ohrenleiden	7	1	1	9
Nasenleiden	12	2	5	19
Halsleiden, chronisch	9	9	6	24
„ akut	10	3	2	15
Mandeln entfernt	—	2	1	3
Hydrocele	1	—	—	1
Krampfadern	1	—	—	1
Ekzem	—	1	—	1
Alopecia areata	1	—	—	1
Starke Obstipatio	—	1	—	1

Tafel 13. Entartungszeichen.

	Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen
In der Entwicklung allgemein zurückgeblieben	6	1	1	8
Schädelumfang unter 53 cm	9	4	3	16
„ über 58 cm	4	—	1	5
Hydrocephalus	5	—	1	6

	Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen
Andeutung von Aztekenschädel	2	—	—	2
Sehr niedrige Stirn	1	2	2	5
Fliehende Stirn	12	3	2	17
Hinterhaupt abgeflacht	9	—	—	9



	Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen
Augen weit auseinandersteh.	3	3	2	8
Stirnhöcker	5	—	—	5
Sehr enge Lidspalten	6	2	2	10
Korektopie	1	—	—	1
Irissprenkelung	2	—	1	3
Mongolenfalte	—	1	—	1
Witwenschneppe	3	—	1	4
Augenbrauen verwachsen	9	4	4	17
Gesichtsasymmetrien	18	3	6	27
Vogelgesicht	1	1	—	2
Unterkiefer stark vorspring.	2	—	1	3
Unregelmäßige Zahnstellg.	8	2	1	11
Stark rissige Zunge	1	1	—	2
Gaumen hoch u. schmal	25	16	15	56

	Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen
Hasenscharte	—	1	—	1
„ angedeutet	—	—	1	1
Ohrläppchen angewachsen	20	9	9	38
Ohrmuschel weit abstehend	5	—	—	5
„ wenig differenz.	11	—	—	11
Darwinsches Knötchen	6	2	4	12
Bruchanlage	17	—	—	17
Fimose	10	—	—	10
Hypospadie	2	—	—	2
Kryptorchismus	3	—	—	3
Geschlechtsorgane auffallend wenig entwickelt	4	—	—	4
Gehäufte Entartungszeichen	19	4	7	30

Tafel 14. Innervationsstörungen.

	Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen
Allgemeine Steigerung der Reflexe	27	5	10	42
Träge Reflexe	6	—	—	6
Hautreflexe gesteigert	6	—	—	6
Patellarreflexe sehr gesteig.	2	—	—	2
Patellarreflexe nicht auszulösen	1	—	—	1
Patellarklonus	5	—	—	5
Fußklonus angedeutet	2	—	—	2
Facialis ungleich innerviert	15	8	9	32
Nervus trigem. druckempfindlich	9	11	7	27
Kopf druckempfindlich	—	1	1	2
Pupillen sehr weit	19	9	14	42
Pupillen ungleich	3	—	—	3
Tremor der Zunge	21	5	8	34
„ „ Hände	4	—	—	4
Häufiges Zusammenzucken	22	4	2	28
Zittern am ganzen Körper	3	1	—	4
Rachenreflex sehr lebhaft	8	—	5	13
„ träge	15	3	3	21

	Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen
Rachenreflex fehlt	1	—	5	6
Zäpfchen schief	6	5	3	14
Aufsteigende Röte	7	3	—	10
Dermographie	36	12	12	60
Muskelerregbarkeit lebhaft	20	—	—	20
Allg. Hypotonie	7	—	—	7
Schmerzempfindung herabgesetzt	6	4	—	10
Ovarie	8	—	—	8
Gürtelschmerzen	—	—	1	1
Opisthotonus	1	—	—	1
Romberg angedeutet	14	—	2	16
Schwindelgefühl	5	—	—	5
Flimmern vor den Augen	2	—	1	3
Lidflattern	2	1	7	10
Profuser Schweißausbruch	—	1	—	1
Sprachstörungen (Stottern usw.)	8	—	—	8
Gehäufte Innervationsstörungen	20	6	9	35

Tafel 15. Geistige Abnormitäten.

	Riokling	Innien	Neuendeich	zusammen
Orientiertheit über eigene Person ungenau	2	1	1	4
Orientiertheit über andere Personen ungenau	25	2	1	28
Orientiertheit über weitere Umgebung ungenau	12	6	7	25
Zeitl. Orientiertheit nicht vorhanden	3	1	—	4
Zeitl. Orientiertheit ungenau	22	10	6	38
Erkennen von Gegenständen mangelhaft	18	3	5	26
Erkennen von Farben mangelhaft	11	—	—	11
Erkennen von Bildern mangelhaft	13	10	7	30
Merkfähigkeit herabgesetzt	21	8	9	38
Gedächtnis mangelhaft	8	6	5	19
Schulkenntnisse: Addieren fehlerhaft	4	3	3	10
Einmaleins fehlerhaft	14	9	10	33
„ unmöglich	3	4	—	7
Dividieren richtig	48	11	13	72
Bruchrechnung richtig	22	—	2	24
Lesen mangelhaft	17	8	5	30
Rückl. Assoziationen mangelhaft	20	7	9	36
Ebbinghaus mangelhaft	31	11	11	53
Masselon „	22	10	6	38
Ziehen „	16	5	7	28
Fähigkeit zu beschreiben mangelhaft	30	14	13	57
Fähigkeit zu definieren mangelhaft	28	14	10	52
Fähigkeit ein Sprichwort zu erklären mangelhaft	30	13	10	53
Vorstellungen allg. Inhalts				7
mangelhaft	18	16	13	47
Fachkenntnisse mangelhaft	11	4	4	19
Urteilfähigkeit mangelhaft	31	14	13	58

	Riokling	Innien	Neuendeich	zusammen
Ethische Vorstellungen mangelhaft	35	15	12	62
Krankhafte Eigenbeziehung	2	—	1	3
Zeitw. Sinnestäuschungen	3	—	1	4
Konfabulieren	1	1	3	5
Ängstl. Vorstellungen	1	—	—	1
Zwangsvorstellungen	1	—	—	1
Zwangsmäß. Lachen	1	—	—	1
Triebartiges Fortlaufen (nach Angabe des Zöglings)	3	—	—	3
Triebartiges Stehlen (nach Schilderung des Zöglings)	4	—	—	4
Gezwungene Stellungen	1	—	—	1
Unbeholfenheit	3	—	—	3
Verlegene Unruhe	4	1	1	6
Zappeligkeit	1	—	—	1
Ängstlichkeit	1	3	3	7
Albernheit	2	3	2	7
Kindliches Lächeln	3	1	—	4
Flegeleien (während der Untersuchung)	4	—	—	4
Verlangsamung des Vorstellungsablaufs	23	7	5	35
Leichte Hemmung	4	1	1	6
Stärkere Hemmung	—	1	—	1
Leichte Ermüdbarkeit	3	4	3	10
Flüchtigkeit	7	3	2	12
Zerstreutheit	—	2	—	2
Geschwätzigkeit	2	—	—	2
Stärkere Inkohärenz	3	—	2	5
Moralische Defekte stark hervortretend	10	11	7	28
Erregungszustände	1	5	7	13
Noch Krämpfe	1	1	—	2
„ Nachtwandeln	1	—	—	1
„ plötzliches Aufschreien	1	—	—	1
Alpdrücken, ängstl. Träume	1	1	2	4
Noch Bettnässen	3	—	—	3
Nägelkauen	—	—	2	2



	Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen		Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen
Immer sehr schmutzig und unordentlich	—	2	—	2	Starke Onanie	3	—	1	4
					Sehr sexuell	—	5	5	10
Neigung zu ekelhaften Schmutzereien	2	—	—	2	Sexuell pervers geschildert	—	—	2	2
					Leicht beeinflußbar	3	7	4	14

Tafel 16. Gemütsstimmung.

	Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen		Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen
Gleichmäßig heiter	26	3	9	38	Gedrückt	4	2	—	6
Kindlich „	3	3	2	8	Elegisch	—	—	1	1
Oberflächlich „	3	—	2	5	Weichherzig	1	—	—	1
Teilnahmlos	11	6	5	22	Mürrisch u. unzufrieden	6	3	—	9
Gleichgültig	6	—	—	6	Aufbrausend	10	8	7	25
Sehr stumpf	6	2	—	8	Launisch	—	1	1	2
Albern	3	1	1	5	Periodische Verstimmungen	4	—	1	5
Still für sich	5	1	2	8					

Tafel 17. Diagnose.

	Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen		Rickling	Innien	Neuendeich	zusammen
Normal	16	7	10	33	Epilepsie (?)	1	—	—	1
Normal (mit psychopathischen Erscheinungen)	13	2	1	16	Idiotie	1	—	—	1
Normal? (mit psychopathischen Erscheinungen)?	9	2	2	13	Für Fürsorge geeignet	64	22	22	108
Normal im ganzen	38	11	13	62	„ „ mehr oder weniger ungeeignet	20	8	8	36
Ausgesprochene Psychopathen (ohne Intelligenzdef.)	5	1	2	8	Längere Beobachtung notwendig	5	—	—	5
Debil (Schwachsinn leichteren Grades)	21	9	8	38	Längere Beobachtung wünschenswert	8	4	6	18
Debil u. psychopath.	6	2	2	10	Dauernd irrenanstaltpflegebedürftig	2	—	—	2
Imbezill (Schwachsinn schwereren Grades)	10	6	3	19	Vorübergehend irrenanstaltpflegebedürftig	—	1	1	2
Imbezill u. psychopath.	2	1	2	5	Später Vormund erwünscht	2	6	6	14

Literatur.

1. *Aschaffenburg*, Das Verbrechen und seine Bekämpfung. Heidelberg 1903.
2. ***Bredereck***, Die Behandlung der schwer erziehbaren Fürsorgezöglinge. Vom pädagogischen Standpunkt. Vortrag, gehalten auf dem Allg. Fürsorge-Erziehungs-Tag in Rostock 1910.



3. *Cramer*, Bericht an das Landesdirektorium in Hannover über die Ergebnisse der psych.-neurol. Untersuchungen der Fürsorgezöglinge. Klin. Jahrbuch 1907, Bd. 18, S. 1.
4. Derselbe, Bericht an das Landesdirektorium über die psych.-neurol. Untersuchung der schulentlassenen Fürsorgezöglinge. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie 1910. Bd. 67, S. 493.
5. *Cimbal*, Die vorbereitenden Ermittelungen beim Jugendgerichts- und Fürsorgeverfahren. Sonderabdruck aus Zentralbl. f. Vormundschaftswesen, Jugendgerichte u. Fürsorgeerziehung.
6. *Dannemann*, Psychiatrie u. Hygiene in den Erziehungsanstalten. Hamburg 1910.
7. Derselbe, Die Fürsorge-Erziehung. Juristisch-psychiatr. Grenzfragen 1906. Bd. 3, Heft 8.
8. *Fuld*, Die Zwangserziehung. Ebendaselbst.
9. *Gaupp*, Über moralisches Irresein u. jugendliches Verbrechertum. Jurist.-psych. Grenzfragen. 1904. Bd. 2, Heft 1/2.
10. *Heller*, Schwachsinnigenforschung, Fürsorgeerziehung und Heilpädagogik. Zwanglose Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- u. Geisteskr. 1909. Bd. 8, Heft 6.
11. *Kluge*, Über die Mitwirkung des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1907. Bd. 64, S. 473.
12. Derselbe, Über die Unterbringung u. Behandlung psych. abnormer Fürsorgezöglinge. Vortrag, geh. a. d. Jahresvers. des Deutsch. Vereins für Psych. zu Dresden 1905. Monatsschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsref. 1905, II, 4.
13. Derselbe, Die Behandlung der schwer erziehbaren Fürsorgezöglinge. Vom psychiatr. Standpunkt. Vortrag, geh. a. d. allg. Fürsorge-Erziehungs-Tag zu Rostock 1910.
14. *Knecht*, Die Fürsorge-Erziehung in Pommern. Psych.-neurol. Wochenschrift 1910/11. Jahrg. 12, S. 179.
15. *Laquer*, Über die Bedeutung der Fürsorgeerziehung für die Behandlung Schwachsinniger (nebst Diskussion: *Moeli*, *Neisser*). Vortrag a. d. Jahresvers. d. Deutsch. Vereins für Psych. Jena 1903. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 60, S. 961.
16. Derselbe, Die ärztl. Feststellung der verschiedenen Formen des Schwachsinns in den ersten Schuljahren. München 1909.
17. *Mönkemöller*, Korrektionsanstalt und Landarmenhaus. Leipzig 1908.
18. Derselbe, Bericht an das Landesdirektorium über die Ergebnisse der psych.-neurol. Untersuchung der schulpflichtigen Fürsorgezöglinge. Ztschr. f. d. Erforschung u. Behandlung des jugendl. Schwachsinns 1910. Bd. 4.
19. Derselbe, Geistesstörung u. Verbrechen im Kindesalter. Sammlung von Abh. a. d. Gebiete der pädag. Psychologie u. Physiologie 1903. Bd. 6, Heft 6.



20. *Pick*, Über einige bedeutsame Psycho-Neurosen des Kindesalters. Zwangl. Abh. a. d. Geb. der Nerven- u. Geisteskr. Bd. 5 Heft 1.
21. *Redepenning*, Die psych. Beobachtungstation für Fürsorgezöglinge in Göttingen. 1910. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 67, S. 520.
22. *Rizor*, Ergebnisse der psych.-neurol. Untersuchung der in den Anstalten befindl. über 14 J. alten Fürsorgezöglinge Westfalens. 1909. Ztschr. f. d. Erforschung u. Behandl. des jugendl. Schwachsinns Bd. 3 Heft 2.
23. *Schultz, A.*, Der Meineidprozeß Kolander u. die Fürsorgeerziehung. 1910. Monatsschr. für Kriminalpsych. u. Strafrechtsreform. Jahrg. 6 Heft 10.
24. *Seelig*, Psychiatrische Erfahrungen an Fürsorgezöglingen. Vortrag, geh. a. d. Sitz. des psych. Vereins zu Berlin. 1906. Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. 63, S. 506.
25. *Seiffert*, Wie weit ist die Mithilfe des Psychiaters in der Fürsorgeerziehung notwendig usw.? Vortrag, geh. auf dem internat. Kongreß der Fürsorge für Geisteskranke zu Berlin 1910. Psych.-neurol. Wochenschr. Jahrg. 12, S. 363.
26. *Siefert*, Über die unverbesserlichen Gewohnheitsverbrecher. 1905. Jurist.-psych. Grenzfragen. Bd. 3 Heft 5.
27. *Stelzner*, Die psychopathischen Konstitutionen. Berlin 1911.
28. *Tippel*, Fürsorgeerziehung und Psychiatrie. Vortrag, geh. a. d. Jahresvers. des Deutsch. Vereins f. Psych. zu Dresden 1905. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 62, S. 583.
29. *Vogt, H.*, Über die Fürsorge, Pflege u. Unterbringung Schwachsinniger, Epileptischer u. geistig Minderwertiger. Vortrag a. d. 3. internat. Kongreß für Irrenpflege in Wien 1908. Auszug. Neurol. Zentralblatt Jahrg. 27, S. 1166.
30. *Weygandt*, Leicht abnorme Kinder. Zwangl. Abhandl. a. d. Geb. der Nerven- u. Geisteskr. 1905. Bd. 6, Heft 1.
31. Derselbe, Der Entwurf einer Strafprozeßordnung usw. in ihren Beziehungen zur Fürsorge für normale u. schwachsinnige Kinder. 1909. Zeitschr. f. d. Erf. u. Beh. des jugendl. Schwachsinns. Bd. 3 Heft 2.
32. *Ziehen*, Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. Berlin 1902.



Neue Aufgaben der Psychiatrie in Baden.[1])

Von

Medizinalrat Dr. **Max Fischer,**

Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch.

Im Jahre 1858, als die „Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte" zum erstenmal in Karlsruhe sich zusammenfand — es war die 34. Tagung — war die Irrenfürsorge des Landes auf die beiden Anstalten Pforzheim, eröffnet im Jahre 1322 als „ein Asyl für arme und sieche Kranke und Irren" — also eines der ehrwürdigsten Denkmäler des Irrenwesens überhaupt — und die damals neue Irrenanstalt Illenau, eröffnet 1842, gestellt. Illenau stellte zu jener Zeit die moderne Heilanstalt dar; nach ihrem Muster, dem einer Korridoranstalt und sogenannten relativ verbundenen Heil- und Pflegeanstalt, wurden Jahrzehnte hindurch weiterhin die Anstalten in Deutschland und darüber hinaus gebaut. Ihr Schöpfer war der große Reformator und Organisator des Irrenwesens in Baden, *Christian Friedrich Wilhelm Roller*, dessen Einfluß nicht nur über Deutschland, sondern über ganz Europa sich erstreckte. Auf der damaligen Karlsruher Tagung hielt *Roller* seinen berühmten Vortrag „Über Seelenstörungen in ihrer Beziehung zur Strafrechtspflege". Die Anstalt Illenau wurde im Anschlusse an die Versammlung von der elften Sektion: „für Psychiatrik" besucht.

Seitdem, also im Verlauf von über 50 Jahren, hat wie überall so auch in Baden die Irrenfürsorge und speziell das Anstaltwesen einen enormen Aufschwung genommen. Während im Jahre 1858 zwei staatliche Anstalten mit 900 Plätzen zur Verfügung standen,

---

[1]) Vortrag, gehalten auf der „83. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte" in Karlsruhe am 25. September 1911, in erweiterter Form.



sind es jetzt sechs Asyle mit rund 4000 Plätzen, also eine Steigerung auf das 4½fache. Und zwar sind unterdessen zu jenen beiden Anstalten, abgesehen von deren eigener Erweiterung, neu hinzugekommen: die Schaffung der beiden Irrenkliniken in Heidelberg (1878) und in Freiburg (1886), mit die ersten ihrer Art, ferner die große Heil- und Pflegeanstalt im Pavillonstil bei Emmendingen (1889) und die letzte Schöpfung auf diesem Gebiete, die Anstalt bei Wiesloch, eröffnet 1905, deren völliger Ausbau gegenwärtig noch betrieben wird.

Auf die übrigen Errungenschaften der neueren Zeit im Irrenfürsorgewesen — Irrenfürsorgegesetz mit Vollzugsverordnung, neue Regelung des Aufnahmewesens und der Aufnahmebezirke, Verbesserung der Gehaltverhältnisse der Anstaltbeamten usw. — kann hier nicht näher eingegangen werden; sie sind von mir schon an anderen Orten behandelt worden.

Damit wenden wir uns den künftigen Notwendigkeiten der Irrenfürsorge in unserem Lande zu. Nach wiederholten Untersuchungen (vgl. die Denkschriften von 1901 und 1909) haben wir in Baden, um nur zu einigermaßen geordneten Zuständen in der Irrenversorgung, die etwa bei einem Verhältnis von 3 Plätzen in wirklichen Irrenanstalten auf 1000 Landeseinwohner zu erwarten wären, zu gelangen, noch eine große Anzahl von Anstaltplätzen, einige Tausende, nötig.

Das nächste Projekt, das solche schaffen soll, ist die Heil- und Pflegeanstalt bei K o n s t a n z , die gegenwärtig im Bau begriffen ist und im Herbst 1913 mit 500 Betten eröffnet werden soll, während ihr im Jahre 1917 zu erwartender Ausbau eine Anstalt von im ganzen 910 Plätzen bringen wird. Die neue Anstalt liegt etwa 1¼ Stunden westlich von Konstanz bei dem Dorfe Wollmatingen, nördlich der Bahnlinie Konstanz-Singen, gerade oberhalb der Station Reichenau, auf sanft ansteigendem Gelände in prachtvoller Gegend am Untersee — gegenüber die Insel Reichenau mit ihren alten Kirchenbauten, unten der herrliche See, östlich die Stadt Konstanz und die Schweizer Alpen, westlich die Berge des Hegaus – kurz, wohin das Auge schweift, landschaftlich ungemein schöne und liebliche Eindrücke. In nächster Nähe der Anstalt sind außerdem schöne Waldbestände vorhanden.

Die Situation schmiegt sich dem Gelände an und ist bedeutend regelmäßiger angeordnet als die der Wieslocher Anstalt. Sie ist wieder eine Pavillonanstalt nach dem Wieslocher Muster; die Bautypen weisen



jedoch eine geschlossenere, vielfach rechteckige Form auf. Die Anstalt besteht aus 26 einzelnen Pavillons für die verschiedenen Krankenkategorien mit im einzelnen 10 bis 25 bis 60 Betten.

Das Verwaltungsgebäude enthält im Obergeschoß zugleich den Festsaal, während die Kirche als ein besonderes Gebäude erstellt wird. Koch- und Waschküche, ein sehr schönes und zweckmäßiges Projekt, sind in ein Haus zusammengebaut; das Werkstättengebäude ist mit der Bäckerei verbunden. Das Wasser wird aus dem Überlinger See durch ein Pumpwerk herangeholt, da eine andere Wasserversorgung nicht möglich war. Die Abwässer werden in den Untersee geführt. Zu diesen und den übrigen Verwaltungs- und Wirtschaftgebäuden kommen noch hinzu: 7 Beamtenwohnhäuser mit etwa 22 Dienstwohnungen für Direktor, Ärzte, Oberpersonal, Wartpersonal und Werkmeister. Im ganzen sind es 26 Krankenbauten, 11 Verwaltungs- und Wirtschaftbauten, 7 Beamtenwohngebäude, also zusammen 44 Anstaltgebäude. Die Bausumme ist nach dem endgültigen Projekte auf 5,8 Millionen Mark veranschlagt, also auf etwa 6000 Mk. pro Bett.

Die neue Anstalt soll zugleich als Aufnahmeanstalt für die Seegegend, Kreise Konstanz und Villingen, wie auch als Übernahmeanstalt für die weiterhin anschließenden Kreise Offenburg, Waldshut, Lörrach und Freiburg und dadurch zur Entlastung der Irrenklinik in Freiburg und der Anstalt Illenau dienen.

Bei diesem Anstaltneubau, der uns, wie gesagt, bis 1913: 500 und bis 1917 weitere 400, im ganzen 900 Anstaltplätze schafft, sind wir jedoch nicht stehen geblieben. Wir haben uns vielmehr sofort an ein neues Projekt, das einer großen Anstalt für das Mittelland, die Kreise Baden und Karlsruhe, gemacht, für welche Gegend eine Erweiterung der Anstaltfürsorge vom regionären Standpunkte aus dringend nötig ist, da Illenau allein hier nicht ausreichen kann. Außerdem soll damit die veraltete Pforzheimer Anstalt, zu deren Ersatz bisher die neuen Anstalten Emmendingen und Wiesloch nicht ausgereicht haben und auch die neue Anstalt in Konstanz sicher nicht ausreichen wird, endlich einmal aufgehoben werden. Schließlich gilt es die seit lange angestaute Überfüllung sämtlicher anderen Anstalten endgültig zu beheben.

Für alle diese Zwecke waren allein schon auf das Jahr 1920: 1700 neue Anstaltplätze erforderlich. Wollte man auch für die weitere Zukunft etwas vorbauen, so kam man auf 2000 Plätze, also zwei vollständige weitere Anstalten.

Dabei drängte sich angesichts der Überlegung, daß diese beiden Anstalten, sollten sie ihren Zweck für ihr Aufnahmegebiet richtig

erfüllen, doch nur auf geringe Entfernung voneinander hätten angelegt werden dürfen, sofort der Gedanke auf, die beiden Anstalten in einem großen Komplex, einer ausgedehnten Zentrale für Irrenversorgung zu vereinigen.

Wir haben dies durchaus nicht gerne getan; auch wir sind durchaus der Ansicht, daß kleinere Asyle sowohl wegen der regionären Verteilung der Irrenfürsorgeaufgaben wie auch wegen des inneren ärztlichen Betriebs eigentlich den Vorzug verdienen. Hier aber zwangen die Verhältnisse mit aller Macht zu der bezeichneten Lösung; sie ist für diesen speziellen Fall als die richtige anzusehen.

Für ein engumgrenztes und dichtbevölkertes Gebiet mußte eine große Plätzezahl in raschem Tempo geschaffen werden; vom regionären Standpunkt aus war also eine Trennung in zwei gesonderte Anstalten nicht nötig.

Ein Hauptgrund für diese Entscheidung sind dann aber auch die finanzpolitischen Erwägungen gewesen.

Ein kleines Land von 2,14 Millionen Einwohnern, das in der relativ kurzen Zeit von 20 Jahren drei Anstaltprojekte von zusammen 3000 Plätzen mit einer Bausumme von etwa 17 Millionen Mark ins Leben ruft und sich nun nochmals vor beinahe die gleich große Aufgabe gestellt sieht, muß sich ein solches Unternehmen unter größter Rücksichtnahme auf die Steuerkraft seiner Bevölkerung zurechtlegen. D. h., das ganze Projekt muß so einfach und so sparsam, als es ohne Hintansetzung der ärztlichen Notwendigkeiten überhaupt möglich ist, gestaltet werden.

Auch dadurch ergab sich die Notwendigkeit der Zusammenlegung der beiden Anstalten in ein großes Ganze von selbst. Denn eine derartige Projektgestaltung mußte, besonders in den technischen und wirtschaftlichen Anlagen der Anstalt, eine wesentliche Vereinfachung und Verbilligung bringen. Wir sehen diese Entwicklung auch an großen allgemeinen Krankenhäusern für körperlich Kranke, so z. B. in Großstädten.

So sehr man sich von jeher in der praktischen Psychiatrie gegen derartige Riesenanstalten gesträubt hat, überall ist man trotz aller Bedenken in der Wirklichkeit zu ihrer Ausführung gedrängt worden und zwar aus denselben Gründen. Und gerade Psychiater, die am meisten dagegen waren — ich selbst gehöre dazu — sind Leiter solcher



großen Betriebe geworden. Irrenasyle von 1200 bis 1700 Betten werden in großen Provinzen immer mehr zur Regel, und, wo noch größere und drängendere Aufgaben der Irrenfürsorge bestehen, z. B. bei Großstädten und in dichtbevölkerten Provinzen, gelangt man zu Anstaltgebilden von 2000 und 2400 Plätzen.

Meiner Ansicht nach kommt es bei der Schaffung solcher großen Komplexe, wo einmal die Notwendigkeit dazu geführt hat, sehr wesentlich auf die Form der inneren Einteilung und auf die Organisation des Ganzen an. Hier stand man nun vor der Wahl, entweder zwei völlig selbständige Anstalten von je 1000 Plätzen, jede mit Frauen- und Männerseite zu je 500 Betten, zu bauen oder aber ein mehr einheitliches Ganze zu schaffen, bestehend aus einer Männeranstalt zu 1000 Plätzen und einer Frauenanstalt zu 1000 Plätzen. Jedes Projekt hatte seine Vorzüge und Nachteile; war bei dem ersten, das nur in einigen zentralen Einrichtungen eine Gemeinsamkeit bot, jede Unteranstalt ganz auf sich gestellt und in sich abgeschlossen, wie es mehr unsern auf individuelle Behandlung gerichteten ärztlichen Intentionen entsprochen hätte, so bot dagegen der Betrieb nach außen, die Abteilung der Aufnahmebezirke, die praktische Ausübung des Aufnahmeverfahrens, der Verkehr mit dem Publikum usw. bei dieser Form der doppelten Anstalt nicht unbedenkliche Schwierigkeiten und Komplikationen, die bei der zweiten Form der Projektgestaltung von vornherein wegfielen; auch die bauliche Anlage erlaubte bei dieser noch eine wesentlich größere Vereinfachung. Je mehr man sich mit dem ganzen Projekte beschäftigte, desto überzeugender trat die Unmöglichkeit der ersteren Form und die Überlegenheit der zweiten in der Vereinheitlichung des ganzen Betriebs im Innern sowohl wie anch nach außen vor Augen; sie wurde für uns die einzig mögliche.

Bei der weiteren Projektbearbeitung unserer Anstalt hat man sich denn auch darauf geeinigt, daß die Anstalt zu teilen sei in zwei vollständige Unteranstalten, die eine für 1000 Männer, die andere für 1000 Frauen, jede unter einem eigenen Direktor. In der Mitte zwischen den beiden Anstalten liegen die gemeinsamen wirtschaftlichen und technischen Anlagen und Gebäude. Über dem Anstaltganzen, also über den beiden Unteranstalten und den zentralen Einrichtungen steht ein übergeordneter ärztlicher Direktor. Ihm

fällt die einheitliche Führung der Direktions- und Verwaltungsgeschäfte zu, die sich beschränkt auf die allgemeinen ärztlichen Direktiven und die innere Organisation, auf die oberste zentrale Leitung und Administration, auf die hygienische und allgemein psychiatrische Durchdringung und Fortentwicklung des ganzen großen Unternehmens.

Es ist also trotz der Unterteilung in zwei Anstalten von je 1000 Plätzen die einheitliche ärztliche Leitung des Ganzen, wie sie bei einer Krankenanstalt, und sei sie noch so groß, unbedingtes Erfordernis ist, gewährleistet, andererseits aber den Direktoren der beiden Anstalten für Männer und für Frauen die nötige Selbständigkeit durchaus gewahrt.

Man wird einwenden, daß diesem obersten Direktor eigentlich eine ärztlich unbefriedigende Stellung zugeteilt wird; dies ist sicher zum Teil richtig, aber unvermeidlich. Mit dem eigentlichen Abteilungsdienst, mit der Untersuchung und Behandlung interessanter Fälle wird er sich kaum abgeben können.

Wir glauben aber trotzdem, daß es zu jeder Zeit unter den Irrenärzten auch Männer geben wird, die gerade für diese Seite großer organisatorischer und administrativer Tätigkeit Verständnis, Neigung und Tatkraft genug haben. Wir würden uns ja sonst — von allem anderen abgesehen — vor den juristischen Beamten, die sich in der Staatsverwaltung sowohl wie auch sonst in leitenden Stellungen z. B. in der Industrie, in Handel und Verkehr, im Finanz- und Bankwesen hervortun, selbst ein Minderwertigkeitszeugnis ausstellen. Davor müssen wir uns aber, besonders angesichts der mehrfach zutage getretenen Ansicht von dem Rückgange des Ansehens des ärztlichen Standes, in unserem eigensten Interesse sehr hüten. Wir werden gegenteils beweisen, daß wir auch diesen organisatorischen und administrativen Aufgaben im Krankenfürsorgewesen, die durchaus Sache der Ärzte sind und bleiben müssen, vollauf gewachsen sind. Im übrigen zeigen die Verhältnisse an allen großen Anstalten, daß wir in dieser Entwicklung schon mittendrin stehen und nicht mehr zurück können.

Wir glauben aber auch, daß sich der Direktor eines so großen Betriebs je nach seiner Eigenart ein spezielles Gebiet, das ihn interessiert, jederzeit reservieren kann, um es selbst zu bearbeiten; seien



es nun wichtige Verwaltungsfragen, bautechnische oder hygienische Probleme, seien es statistische oder ätiologische, z. B. Erblichkeitsforschungen, seien es mehr ärztlich-juristische Untersuchungen z. B. in der forensen Psychiatrie, der Gesetzgebung oder aber solche der immer wichtiger werdenden sozialen Psychiatrie — kurz an Stoff wird es ihm sicher nie fehlen, weit eher an der nötigen Muße.

Für einen Nachteil dieser großen Anstalt wird man auch die Einförmigkeit des ärztlichen Dienstes ansehen; die einen Ärzte wären fortdauernd nur auf Männerabteilungen beschäftigt, die andern bei den Frauen; man kann davon eine Einseitigkeit in der Ausbildung und Betätigung der ärztlichen Kräfte befürchten. Wir sind der Ansicht, daß diesem Nachteil sehr wohl durch bestimmte Richtlinien in der ärztlichen Dienstorganisation entgegengewirkt werden kann. Wir meinen damit hauptsächlich einen regelmäßigen Wechsel der Ärzte zwischen den beiden Anstalten, bei den älteren Ärzten in einem längerfristigen Turnus, während die Hilfsärzte schon alle ein bis zwei Jahre getauscht werden könnten. Auf diese Weise käme vielleicht sogar ein rascherer Wechsel zustande als vielfach bei den bestehenden Anstalten; bleiben doch hier manche Ärzte auf viel längere Zeit, ja sogar zeitlebens bei einer Geschlechtsseite oder sogar auf derselben Abteilung haften. Auf der anderen Seite hat ein so großes Ärztekollegium — man wird auf 18 bis 20 Ärzte kommen — auch seine großen Vorteile in der Vielheit der vorhandenen ärztlichen Individualitäten und Fähigkeiten, in dem Austausch und dem Reichtum an täglichen Erfahrungen, in der Arbeit an einem nicht zu erschöpfenden Krankenmateriale, in der Erziehung und Zusammenfassung aller Kräfte zu einem großen Werke der Krankenfürsorge.

Daß ein derartiger Großbetrieb, gerade bei einer Krankenanstalt und besonders bei einem Irrenasyl, auch große Schattenseiten haben kann, das wird sich niemand verhehlen. Wir halten es aber für möglich, daß durch eine gesunde und wohldurchdachte Organisation im Innern und nach außen diese mancherlei Schwierigkeiten ausgeschaltet oder doch wenigstens auf ein Maß, wie es auch andere kleinere Institutionen dieser Art zu bekämpfen haben, gemindert werden können. Und es wird vor allen Dingen gerade die vornehmste Aufgabe des übergeordneten ärztlichen Direktors sein müssen, unausgesetzt darauf

zu denken und daran zu arbeiten, wie derartige üble Folgen überhaupt zu vermeiden seien, oder, wo sie dennoch zutage treten, ihren Ursachen nachzugehen und sie auszumerzen. Wenn darauf der Schwerpunkt der Leitung gelegt wird, dann können wir hoffen, daß unser Unternehmen eine gesunde und fortschrittliche Entwicklung nehmen wird.

Als geeignetste Lage für diese unsere neue, die siebente badische Heil- und Pflegeanstalt käme etwa die Gegend um Rastatt, weil ungefähr der Mitte des Fürsorge- und Aufnahmegebiets entsprechend, in Betracht [1]). Wir legen die Anstalt absichtlich an die Hauptbahnlinie des Landes, in die Nähe einer Schnellzugstation und eines Eisenbahnknotenpunktes, in die weitere Umgebung einer größeren Stadt (Rastatt); auch die Großstadt Karlsruhe ist leicht erreichbar. Sie liegt zwar auf dem Lande, wir vermeiden aber eine allzu abgeschiedene ländliche Lage; so verlangen es die mancherlei materiellen und ideellen Interessen der Anstalt, ihrer Bewohner und ihrer Beamtenschaft.

Als Bausumme wird man auch bei sparsamer Projektgestaltung mindestens 10 Millionen Mark vorsehen müssen.

Was nun die bauliche Anlage unseres Projektes für 2000 Kranke anlangt, so haben wir in die Mitte als Achse zwischen beiden Anstalten — einer Männeranstalt zu 1000 Betten und einer Frauenanstalt zu 1000 Betten — die beiden gemeinsamen Verwaltungs- und Wirtschaftgebäude, technische Anlagen usw. gelegt.

Als solche zentralen gemeinsamen Einrichtungen können gelten: 1. Pförtnerhaus, 2. Verwaltungsgebäude, 3. Kirche, 4. Gesellschafthaus, 5. Kochküche, 6. Waschküche, 7. Magazingebäude, 8. Werkstätten, 9. Bäckerei, 10. Schlachthaus, 11. Kühlanlage, 12. Feuerlöschgerätehaus, 13. Fernheizwerk, 14. Elektrizitätswerk, 15. Gutshof, 16. Gemüsegärtnerei, 17. Gewächshaus, 18. Wasserversorgung und Hochbehälter, 19. Kläranlage und Abwässerleitung, 20. Friedhof, 21. Sektionshaus.

Es ist also eine ganz erkleckliche Anzahl von Anlagen und Gebäuden, die man bei der Ausgestaltung eines solchen Doppelprojekts nur einmal, wenn auch in vergrößerten Maßen, zu erstellen hat.

Dazu kommen sodann die zahlreichen Beamtenwohngebäude, die wenigstens zum Teil beiden Anstalten gemeinsam angehören.

Wir gelangen zum wichtigsten Teile unserer Anstalt, den Krankenhäusern, deren Anlage bei beiden Unteranstalten ungefähr gleich sein kann.

[1]) Unterdessen ist bei Station Muggensturm in der Nähe von Rastatt ein großes u. schönes Gelände gewählt u. angekauft worden.



Selbstverständlich können wir ein solches Riesenunternehmen nicht in lauter kleine Pavillons von 20 bis 30 Plätzen auflösen; wir kämen sonst auf eine Anzahl von 80 bis 100 Krankenhäusern. Wir müssen vielmehr an die Erstellung größerer Krankenpavillons und selbst langgestreckter Bautrakte herangehen, wie ich sie früher schon empfohlen habe.

Welche Krankenkategorien in diesen größeren Häusern, die wir auf etwa 80 bis 100 bis 150 Plätze ansetzen möchten, am besten beherbergt werden, mag dahingestellt bleiben. Man kann an eine größere klinische Zentrale, ähnlich den Irrenkliniken selbst, mit Unterteilung in mehrere Wachstationen und Aufnahmeabteilungen denken; ebenso kann man die große Menge der mehr chronischen und stumpfen Kranken, die aber arbeitfähig sind und meist unter dem Namen der Halbruhigen laufen, in diesen größeren Pavillons ohne jedes ärztliche Bedenken unterbringen, wenn nur eine geschickte Raumverteilung und Grundrißanordnung mit getrennten selbständigen Unterabteilungen stattfindet.

Und drittens kann ein derartiger großer Bautrakt verwendet werden, um eine größere Anzahl von Unterabteilungen für Bettlägerige jeder Art aufzunehmen. Wir denken dabei an Katatoniker, Abstinierende, Gebrechliche, Sieche, Paralytiker, Alterskranke, an körperlich Kranke jeder Art, insbesondere an Tuberkulöse, Typhusbazillenträger usw. An das gleiche Haus könnten aber auch kleine getrennte Abteilungen für akute Infektionskrankheiten angegliedert werden, ebenso eine Abteilung für erkranktes Personal, und schließlich dürfte auch eine Operationsabteilung für chirurgische Fälle nicht fehlen. Damit kommen wir leicht auf einen großen Krankenhauskomplex, der bei der Ausdehnung unserer Anstalt kaum unter 150 bis 200 Betten für jede Geschlechtseite zu halten sein wird.

Dieses letztere Projekt haben wir für das Bauprogramm ausgearbeitet.

Im übrigen haben wir in das Programm hauptsächlich das System der Doppelpavillons von im ganzen 50 bis 80 Betten Belegziffer aufgenommen, und zwar einerseits für Aufnahme- und Wachabteilungen, andererseits für die Unterbringung von Unruhigen und sogenannten Halbruhigen. Diese Häuser scheiden sich horizontal oder vertikal in zwei vollkommen oder annähernd gleiche Unterabteilungen für den gleichen Zweck. Einige Doppelpavillons für Unruhige und Halbruhige haben dagegen in der Mitte eine gemeinsame Wachabteilung, zu beiden Seiten je eine Tagsaalabteilung, im Obergeschoß die Schlafsäle ohne Wachbetrieb.

Aber auch einfache kleine Pavillons von 20 bis 35 Plätzen im Landhauscharakter werden erstellt werden; sie dienen zur Unterbringung der ruhigen, harmlosen, frei zu verpflegenden Kranken, denen wir gern ein behagliches Heim und ein Milieu in kleinerem Kreise gewähren wollen.

Im ganzen sind es nach dem vorläufigen Bauprogramm 39 Krankenpavillons, 17 Gebäude für gemeinsame zentrale Einrichtungen



und ungefähr 20 Beamtenwohngebäude mit 52 Familienwohnungen. Die ganze Anstalt besteht somit aus etwa 76 Gebäuden, wovon 39 Krankenpavillons sind. Man wird danach wohl sagen dürfen, daß im ganzen genommen, wenn sich auch verschiedene größere Baukomplexe darunter befinden, der Charakter einer Pavillonanstalt gewahrt worden ist.

Bei diesem Projekt haben wir auch daran gedacht, eine Kinderabteilung, die bei uns in Baden noch fehlt, zu gründen; der einen Anstalt wäre eine Station für Knaben, der anderen eine für Mädchen einzureihen.

Nicht minder sollte aber bei einer derartigen Riesenanstalt auch daran gedacht werden, in den Bauplan für jede Geschlechtseite einen besonderen, wenn auch kleinen Pavillon für Nervöse (Neurastheniker, Psychastheniker, psychisch Nervöse und Erschöpfte) aufzunehmen. Derartige Kranke suchen als freiwillige Aufnahmen unsere Anstalten immer häufiger auf. Es ist daher notwendig, auch für sie zu sorgen und ihnen, gesondert von den schwerer Kranken, ein ruhiges und wohnliches Heim zu bieten; auf eine geschickte Grundrißeinteilung mit vielen kleineren Räumen wäre dabei besonderer Wert zu legen.

Des weiteren habe ich Antrag gestellt zu erwägen, ob nicht bei dieser Anstalt große Stationen für Tuberkulöse und andererseits für Typhuskranke resp. Typhusbazillenträger gegründet werden sollen. Und zwar sollen diese Krankenhäuser die bezeichneten Krankenkategorien aus dem ganzen Land, d. h. aus sämtlichen Irrenanstalten, die dann gänzlich davon entlastet würden, vereinigen. Selbstverständlich würden trotzdem bei den vorhandenen anderen Asylen kleine Krankenstationen für auftretende Krankheitfälle dieser Art bestehen bleiben müssen, bis jeweils die Überführung der Kranken nach der Zentrale stattfinden kann.

Wir versprechen uns von der geplanten Einrichtung trotzdem einen großen Gewinn, weil dann für die große Zahl dieser infektiösen Kranken nur einmal gesorgt werden muß, und weil zweitens die ärztliche Prophylaxe mehr zu ihrem Rechte kommt, wenn sämtliche andere Anstalten von diesen Seuchen, die gegenwärtig einen immer größeren Umfang in unseren Anstalten anzunehmen drohen, befreit



werden können. Immerhin schien es mir von Wert, dieses Problem einmal anzuregen.

Ein unter diesen Gesichtspunkten ausgestaltetes großes Anstaltprojekt muß aber nach allen Erfahrungen des Anstaltbaus in Bau und Betrieb ganz wesentlich rationeller zu stehen kommen, als wenn wir statt dessen zwei oder gar drei getrennte Anstalten in kleineren Pavillons, jede mit den gleichen hier gemeinsam angenommenen zentralen technischen und wirtschaftlichen Einrichtungen, an verschiedenen Orten im Lande für sich aufstellen würden.

Als eine selbstverständliche Forderung bei der Neuschöpfung solcher Asyle, wo neue bauliche Probleme zur Durchführung kommen sollen, muß es gelten, daß der Arzt d. h. der Facharzt (Psychiater) bei der Ausgestaltung in maßgebender oder richtiger dominierender Stellung beteiligt sei. Je mehr wir Irrenärzte selbst uns auf einen billigeren Anstaltbau einstellen, desto wichtiger ist es, daß die unerläßlichen ärztlichen Anforderungen durch den Sachverständigen in Person unausgesetzt verfochten und zur Geltung gebracht werden. Das kann nur geschehen, wenn der Facharzt von Beginn an und dauernd mit den Arbeiten im Hauptamt betraut ist. Es sind das eigentlich Selbstverständlichkeiten; es wird aber nicht immer danach gehandelt. Wo es sich um die Gründung von Krankenhäusern für die uns anvertrauten Pfleglinge handelt, muß der fachkundige Arzt das ausschlaggebende Wort haben. Dieser schon wiederholt von mir vertretene Standpunkt hat auf dem vorletzten „Kongreß für Irrenfürsorge“ in Wien (1908) durch eine einstimmig angenommene Resolution seine klare und volle Bekräftigung erhalten.

Allerdings gehört dazu seitens des die Arbeiten leitenden Arztes eine unbeschränkte Vertiefung in seine Aufgabe, eine große, hauptsächlich durch Anstaltreisen gewonnene Erfahrung und ein gewisses Geschick und Talent für diese wichtige Seite des ärztlichen Wirkens im Krankenhausbau.

Nur bei einer derartigen ärztlichen Durchdringung des ganzen Bauprogramms kann die moderne Irrenanstalt das werden, was sie sein soll — eine Heilstätte für Nerven-, Gemüts- und Geisteskranke aller Entwicklungs- und Zustandformen, jeden Alters, also auch für Kinder und Jugendliche, und jeden Standes, also auch für Kranke der vermöglichen Klassen, für Anfang- und Endzustände, also auch für



psychisch Nervöse, wie nicht minder für alle schon in der Anlage Defekte und Geschwächte, für Grenzzustände und Minderwertige aller Art, ferner für Epileptische, Imbezille und Idioten jeden Grades, schließlich überhaupt für alle chronischen Kranken bis zur stärksten Verblödung, kurz für jeden Kranken, soweit und sofern er einer fachärztlichen Behandlung in irgendeiner Hinsicht bedarf. Allen diesen Aufgaben muß die Heilanstalt gerecht werden können, und der Psychiater muß und nur er kann dafür sorgen, daß für alle Krankenkategorien auch die für sie zweckmäßigsten Behandlungs- und Pflegebedingungen und die richtige Unterkunft in ärztlich durchdachten und praktisch gegliederten Krankenabteilungen (Pavillons) durch eine reiche Differenzierung der ganzen Anstaltanlage geschaffen werden.

Der Kostenaufwand — um auch hierüber zum Schlusse nochmals ein Wort zu sagen —, den der badische Staat für den Bau seiner Irrenanstalten insgesamt sich auferlegt, ist für unser kleines Land ein ganz außerordentlich großer. Sind schon seit dem Jahre 1884 bis 1911 für den Bau von Emmendingen und Wiesloch, für bauliche Neuerungen in Illenau und Pforzheim im ganzen 15,59 Millionen Mark nötig gewesen, so sieht eine Aufstellung des Großh. Ministeriums des Innern für jede nun folgende zweijährige Budgetperiode ungefähr 2 bis 2,5 weitere Millionen und für das ganze nächste Jahrzehnt — 1912 bis 1921 — eine Gesamtsumme von 12,63 Millionen Mark im Ausbau der Irrenanstalten vor; darin erscheinen außer bedeutenden Posten für notwendige Herstellungen in Illenau und Emmendingen, ferner für den völligen Ausbau von Wiesloch, vor allem noch 4,2 Millionen für den Bau der in der Entstehung begriffenen neuen Anstalt bei Konstanz und zunächst 7 Millionen für die Erstellung der Anstalt: Ersatz Pforzheim; die weiteren 3 Millionen gehören einer noch späteren Periode des völligen Ausbaues dieser Anstalt im Mittellande an; also wiederum zusammen 15,63 Millionen und zwar in der halben Zeit, was einer doppelten Leistung seitens der staatlichen Finanzen gleichkommt.

Wenn unser Projekt die Zustimmung der Landstände, die bisher immer eine sehr liberale und humane Stellung zu unseren durch die Notwendigkeit gebotenen Forderungen eingenommen haben, findet, so dürfen wir hoffen, daß die Erstellung der Anstalt: Ersatz Pforzheim schon in den nächsten Jahren (ab 1914) begonnen und so gefördert werden wird, daß etwa im Jahre 1919 die Hälfte der Anstalt betrieb-

fähig dasteht; den Ausbau werden dann die folgenden Jahre je nach dem sich weiterhin einstellenden Bedarfe bringen.

Wir werden damit von jetzt 3070 Plätzen auf künftig 5600 Plätze (im Jahre 1921) in staatlichen Heil- und Pflegeanstalten kommen und dadurch den Grad der staatlichen Anstaltversorgung der Geisteskranken in unserem Lande steigern von jetzt 1,43 auf künftig 2,24 zu 1000 Einwohnern.

Bis diese großen Neuerstellungen in Wirksamkeit treten können, werden aber die vorhandenen Anstalten Illenau, Pforzheim, Emmendingen und das neue Wiesloch mit den beiden Irrenkliniken zusammen keinen leichten Stand haben; sie werden gegenteils, nach dem bisherigen Anwachsen der Krankenbevölkerung in unseren Anstalten — der jährliche Zuwachs des Krankenstandes beträgt im ganzen rund 150 Kranke — zu schließen, aufs äußerste in Anspruch genommen werden müssen und aus der Überfüllung erst herauskommen, wenn zu dem neuen Konstanz auch das neue Rastatt, wenigstens in seiner ersten größeren Hälfte hinzugekommen sein wird. Erst dann, also etwa im Jahre 1921, wird auch die Stunde schlagen, wo die altersgraue Pforzheimer Anstalt nach gerade sechshundertjährigem Bestehen ihre unter den widrigsten Verhältnissen treu geleistete psychiatrische Arbeit endgiltig beschließen kann.

Bis dahin ist noch viel Geduld und Ausdauer, viel Arbeit und viel Geld nötig.

Wenn Sie nun vielleicht auch nicht mit allem, insbesondere nicht mit dem großen Anstaltprojekte im Mittellande sympathisieren werden, so müssen Sie doch zugeben, daß Baden im letzten Jahrzehnt ganz gewaltige Anstrengungen im Anstaltbauwesen gemacht hat. Sie haben des weiteren ersehen, daß wir auf diesen Taten nicht ausruhen werden, sondern uns vielmehr, allerdings durch die Macht der Verhältnisse gezwungen, nochmals zu einem neuen großen Werke, dem beschriebenen, aufmachen wollen.

Daraus, d. h. aus den auf einen verhältnismäßig kurzen Zeitraum gehäuften Anforderungen, erklärt sich auch die ungewöhnliche Form der Ausführung, die Doppelanstalt im Mittellande. Wir müssen und wollen einmal glatte Lage in der Anstaltfürsorge bekommen und dazu müssen wir uns auch dieses heroischen Mittels bedienen.



Mit der damit gewonnenen, enormen, aber nötigen Plätzebeschaffung von 2000 Betten hoffen wir dann auf geraume Zeit Ruhe im Anstaltbau zu bekommen. Wir verhehlen uns aber nicht, daß wir zur Vervollständigung unserer Landesirrenversorgung nach dem regionären Prinzip späterhin auch im nordöstlichen Teil des Großherzogtums, im Kreise Mosbach, ein weiteres Landesasyl nötig haben werden. Wir möchten indes wünschen und hoffen, daß diese Aufgabe erst der nächsten Generation zufallen möge. Eine Gewähr für die Ausführbarkeit dieses Aufschubs möchte ich allerdings in keiner Weise übernehmen.

Das sind in kurzem Überblicke die Ziele, die sich die staatliche Irrenfürsorge in Baden für den Ausbau ihres Anstaltwesens gesteckt hat.

Zugleich sind damit aber auch die Wege vorgezeichnet, wie wir nach und nach die endgültige regionäre Ordnung der gesamten Irrenversorgung des Landes nach den einzelnen Landesdistrikten erreichen wollen: Die Irrenklinik in Heidelberg, die Heil- und Pflegeanstalten in Wiesloch und später in Mosbach für das Unterland, davon die letztere Anstalt für den äußersten Nordosten des Landes; Illenau und Rastatt für das Mittelland, die Irrenklinik in Freiburg und die Anstalten Emmendingen und Konstanz für das Oberland, davon die letztere hauptsächlich für den Südostteil, d. h. den Seekreis.

Außerdem ist aber auch nach der neuen Vollzugsverordnung zum Irrengesetz die Teilung in Aufnahme- und Übernahmeanstalten noch weiter beibehalten worden, wonach die frischen Aufnahmen aus dem Lande vorzugsweise Illenau und den beiden Kliniken Heidelberg und Freiburg zukommen, während die großen Asyle: Emmendingen, Wiesloch, Rastatt, Konstanz und Mosbach hauptsächlich die Fälle mit längerem Krankheitverlaufe aus den Aufnahmeanstalten oder solche, die von ihnen abgelehnt werden, übernehmen sollen; nur Konstanz wird beiderlei Zwecken dienen, indem es auch die Frischerkrankten aus dem Seekreis aufnehmen soll.

Bezüglich der freiwilligen Aufnahmen und der vermöglichen Kranken (der Selbstzahler aller Klassen) ist allerdings eine generelle Ausnahme gemacht worden; sie können nach der neuen Vollzugsverordnung die Anstalt frei wählen. Dieses Zugeständnis



ist von den Übernahmeanstalten freudig begrüßt worden; es wäre nur zu wünschen, daß die Neuerungen, insbesondere auch die freiwilligen Aufnahmen, sich rascher, als bisher geschehen, einbürgerten. Da jedoch die Anzahl dieser Aufnahmen überhaupt im Vergleich zur Summe aller Jahresaufnahmen verhältnismäßig gering ist und bleiben wird, so kann auch an der Gesamtlage, daß nämlich den großen Landesanstalten nur verschwindend wenig Neuaufnahmen zukommen, kaum etwas geändert werden.

Nach unserer Überzeugung kann dies kein Dauerzustand bleiben. Freilich werden die großen Asyle den kleiner angelegten Kliniken und Illenau immer als Abnehmer für die von jenen auszuscheidenden Kranken zu dienen haben. Daneben muß ihnen aber gleichwohl mit der Zeit die Freiheit der Aufnahme von frischen Kranken aus dem Lande ohne Einschränkung zugestanden werden, wie nicht minder dem Publikum die vollständige Freiheit in der Wahl der Anstalt, so daß späterhin jede Anstalt alle diejenigen Kranken aufnimmt, die ihr auf eigene Wahl der Kranken oder auf Bestimmung der Angehörigen zugeführt werden. Nur dadurch kann der befremdliche Zustand nach und nach aufgehoben oder doch einigermaßen ausgeglichen werden, daß fast sämtliche frischen Aufnahmen und damit das Interessanteste in unserem Berufe Illenau und den beiden Kliniken zufallen, die zusammen nur 25% der Belegschaft aller badischen Anstaltplätze ausmachen, während die großen Landesanstalten mit einer Belegschaft von 75% sämtlicher Anstaltplätze bezüglich der Neuaufnahmen beinahe leer ausgehen; später nach der Erstellung der neuen Anstalten würde das Mißverhältnis noch viel größer werden. Man mag mit Gegengründen welcher Art auch immer kommen, niemand wird bestreiten können, daß auf diese Weise d. h. mit dem Entzug der Neuaufnahmen die großen Landesanstalten in eine zweite Reihe der Irrenfürsorgeinstitute gerückt werden, und man wird es uns nicht verübeln können, wenn wir dagegen immer wieder ankämpfen.

Von der angestrebten Neuordnung befürchten wir nun aber keinerlei Unzuträglichkeiten und auch keine Beeinträchtigung der Interessen der einzelnen Anstalten. Das Aufnahmewesen wird sich ganz von selbst aus Gründen der einfachsten Zweckmäßigkeit so regeln, daß die Aufnahmen im ganzen genommen doch nur regionär erfolgen, d. h. in die dem Wohnsitz des Kranken zunächst gelegene Anstalt und



damit auch in die Anstalt, die für die Irrenfürsorgezwecke des betreffenden Bezirks in Wirklichkeit vorgesehen ist. Der beständig wachsende Zudrang von Kranken zu den Anstalten wird aber ganz allein mit Bestimmtheit dafür sorgen, daß keine der bisher bevorzugten Institutionen an Krankenmaterial geschmälert wird; der Ausgleich, der daneben auch unseren berechtigten Ansprüchen einigermaßen gerecht wird, wird sich dadurch von selbst ergeben.

Nachdem wir so die Aufgaben der staatlichen Irrenfürsorge sowohl im Ausbau des Anstaltwesens wie auch in der ganzen Organisation des Irrenwesens überhaupt beleuchtet haben, gehen wir zur Besprechung einiger andern wichtigen und aktuellen Fragen der allgemeinen praktischen Psychiatrie in unserm Lande über.

1. Zunächst wollen wir die mit dem Anstaltleben aufs engste zusammenhängende Familienpflege der Geisteskranken streifen.

Durch das neue Irrenfürsorgegesetz resp. durch die dazu erlassene Vollzugsverordnung ist auch die von den Anstalten aus organisierte Familienpflege behördlich geregelt und sanktioniert worden.

Der betreffende Paragraph (§ 31) der Vollzugsverordnung lautet:

Die Anstaltdirektionen sind ermächtigt, mit Zustimmung desjenigen, der den Antrag auf Unterbringung gestellt hat, geeignete Kranke bei einer in der Umgebung der Anstalt wohnenden zuverlässigen Familie gegen eine zu vereinbarende Vergütung in Pflege zu geben.

Der Kranke bleibt hierbei im Verbande der Anstalt, wird von dieser aus ärztlich behandelt und beaufsichtigt und kann ohne weiteres in die Anstalt zurückversetzt werden, wenn eine Veränderung des Zustandes oder die Verhältnisse der Pflegefamilie es erforderlich erscheinen lassen.

Auf die Vergütung (§ 27) ist die Unterbringung in Familienpflege ohne Einfluß.

Leider ist bis jetzt, wie unseres Wissens übrigens in ganz Süddeutschland, auch bei uns in Baden zum Unterschied von Norddeutschland in der Familienversorgung der Geisteskranken trotz mehrfach unternommener Anläufe noch kein durchschlagender Erfolg, der zu einer merklichen Entlastung der Anstaltpflege geführt hätte, erzielt worden.

Zu einem nicht geringen Teil mag dies daran liegen, daß unser Land in den noch zu besprechenden Kreispflege- und Wohltätigkeitsanstalten Institutionen besitzt, wo gerade Kategorien von Kranken,

die anderwärts in Familienpflege gegeben werden, um ein billiges Verpflegungsgeld dauernde Unterkunft finden; in den Kreispflegeanstalten sind es erwachsene Imbezille, Idioten, Epileptische und chronische Geisteskranke, in den Wohltätigkeitsanstalten jugendliche Kranke derselben Krankheitformen.

Wir halten diesen Zustand schon darum für keinen glücklichen, weil so eine große Anzahl von chronischen Geisteskranken aus der irrenärztlichen Fürsorge, Aufsicht und Kontrolle gänzlich ausscheidet. Der Bevölkerung in Stadt und Land werden diese Kranken, die man gewöhnlich gerne aus der Familie weggibt, zwar auf diese Weise abgenommen; sie gelangen aber auch nicht vorübergehend in die staatlichen Irrenasyle, entgehen so der psychiatrischen Behandlung und können deshalb von uns auch nicht der organisierten Familienpflege, selbst wenn sie sich dafür eignen würden, überantwortet werden.

Unsere Landesbevölkerung steht denn solchen Aufgaben auch gänzlich fremd und interesselos gegenüber. Sie ist ohnehin an ein größeres Maß von Freiheit und Selbständigkeit in ihrer Lebensführung gewöhnt und wird sich zu einer Aufopferung für andere, Fremde, und gar zu deren Aufnahme in den eigenen Familienkreis wenig hingezogen fühlen. Es wird daher auch sehr schwer halten, sie zu diesen, einen nicht geringen Grad von Altruismus erfordernden Aufgaben der Krankenfürsorge zu erziehen.

Nicht zu leugnen ist aber auch, daß andererseits der ganze Charakter unseres Menschenschlags lebhaftere Krankheiterscheinungen zeitigt als anderswo, so daß schon darum unsere Kranken vom Arzte gewissenhafterweise nicht so leicht in Familienpflege gegeben und dort gehalten werden können.

Schließlich kommt es auch sehr auf die Anforderungen an, die ärztlicherseits an eine wirklich geordnete Familienpflege gestellt werden.

Häufig lehnen aber auch Kranke, für die wir selbst statt der Entlassung eine Zeitlang die Familienpflege für gut und nötig hielten und einrichten wollten, den Übergang in die Familienpflege einfach ab; sie drängen auf unmittelbare Entlassung in die Freiheit, in Stellen, „wo sie etwas verdienen", und müssen dann häufig, zumal bei der Überfüllung unserer Anstalten, wenn es ärztlich einigermaßen gerechtfertigt werden kann, auch entlassen werden. Nicht selten werden



sie darin von ihren Angehörigen bestärkt, oder diese verweigern überhaupt die nach den bestehenden Bestimmungen erforderliche Zustimmung zu unserem Vorhaben.

So ist denn die Familienpflege bei uns über kümmerliche Anfänge nicht hinausgekommen. In Emmendingen und Wiesloch sind etwa ein Prozent des Krankenstandes auf diese Weise versorgt worden. Die Resultate bei diesen wenigen Fällen sind allerdings günstig und mahnen zur Weiterarbeit.

Es kann darum auch hier nur von neuem die Anregung gegeben werden, daß wir auch in dieser Sparte der Irrenfürsorge vorwärts zu kommen suchen müssen; die norddeutschen Vorbilder mahnen eindringlich dazu. Wenn dadurch auch der Ausbau des Anstaltwesens nicht aufgehalten werden darf, so kann uns doch die Familienpflege mit jedem neuen Zuwachs eine Erleichterung im Anstaltbetriebe, eine Abwehr gegen die Überfüllung einer jeden einzelnen Anstalt bringen; schon aus diesem praktischen Grunde allein, ganz abgesehen von ihrer prinzipiellen Bedeutung als notwendige Ergänzung der eigentlichen Anstaltfürsorge, empfiehlt sich deren Ausbau.

Bezüglich der Unterbringung von Familienpfleglingen bei verheirateten Angestellten (Wärtern, Werkmeistern usw.) der Anstalt haben wir zum Unterschied von der Gepflogenheit an anderen Anstalten von Anfang an den Standpunkt eingenommen, daß hierin kein Zwang irgendwelcher Art, zum Beispiel in der Einräumung oder Aberkennung einer Dienstwohnung, ausgeübt werden solle. Wir sind vielmehr der Ansicht, daß den Beamten, die tagüber in ihrem aufreibenden Berufe ständig mit den Kranken zu tun haben, der Umgang mit ihnen zu Hause, innerhalb der Familie, nicht noch zugemutet werden darf, außer wenn sie diese Verpflichtung freiwillig übernehmen.

Wie schon gesagt, bereitet bei uns die Entlassung auch nicht geheilter Kranker in die eigene Familie mitunter weniger Schwierigkeiten als die Überführung in die eigentliche, von der Anstalt aus organisierte Familienpflege. Sind es auch sehr oft nur materielle Gründe (Last der Kostentragung), die dazu führen, so kommen doch dadurch jährlich eine große Anzahl von Entlassungen zustande mit oft überraschend gutem Erfolge; manche dieser Kranken, bei denen wir selbst es nicht gehofft hatten, bleiben längere Zeit oder sogar dauernd entlassen.



Leider fehlt uns aber außer den meist dürftigen Antworten auf unsere Erkundigungen hin jede genauere Nachricht über deren Ergehen und über den weiteren Krankheitverlauf.

In dieser Hinsicht außerordentlich wertvoll könnten daher die von *Roller*, dem ersten Direktor von Illenau, schon vor mehr als 70 Jahren angeregten Besuchsreisen der Irrenärzte im Lande wirken. Die Anstaltärzte würden alle diese, dem Aufnahmegebiet der jeweiligen Anstalt angehörigen, aber bei ihren Familien befindlichen Kranken in regelmäßigem Turnus aufsuchen, deren Gesundheitzustand von neuem feststellen, aber auch zugleich die Pflege- und Unterkunftverhältnisse untersuchen und sodann ihren ärztlichen Rat nach der einen wie der anderen Richtung erteilen. Es ist anzunehmen, daß auf diesem Wege die Irrenfürsorge außerhalb der Anstalten wesentlich gefördert, manches Nützliche erreicht, nicht selten Übelstände abgestellt oder verhütet werden können.

2. Wiederholt war, um der Überfüllung der staatlichen Asyle zu steuern, davon die Rede, die Kreispflegeanstalten des Landes, unter der Selbstverwaltung der Kreise stehende Armenspitäler für Sieche und Gebrechliche, auch mehr für Zwecke der Irrenfürsorge heranzuziehen und auszubilden. Wir Irrenärzte haben uns dem gegenüber jederzeit ablehnend verhalten (*Roller*, *Schüle*, *Kraepelin*, *M. Fischer*). Wir haben davon abgeraten, diesen Instituten andere als chronische und vollständig abgelaufene Krankheitfälle zuzuweisen, weil sie einer eigentlichen irrenärztlichen Dienstorganisation entbehren und deshalb vor Aufgaben gestellt würden, denen sie nicht gewachsen sein könnten. Damit läge aber die Gefahr vor, daß, wenn Arzt und Personal nicht psychiatrisch vorgebildet sind, eine verderbliche Form der Winkelpsychiatrie sich einbürgerte. Wir sind sogar der Ansicht, daß diese Anstalten Aufnahmen aus dem freien Lande zu vollziehen überhaupt nicht berechtigt sein sollten, sondern, daß nur solche Geisteskranke dahin kommen können, die längere Zeit in einer staatlichen Heil- und Pflegeanstalt behandelt und dann nach gründlicher Beobachtung und Prüfung zur Übergabe in Kreispflege für geeignet befunden worden waren. Natürlich müssen Fälle von Geisteskrankheit, wenn sie dann in der Kreisanstalt einer Verschlimmerung ihres Zustandes anheimfallen, die in irgendeiner Beziehung irrenärztliche Behandlung und Anstaltfürsorge nötig macht, unver-

züglich der staatlichen Heil- und Pflegeanstalt zurückgegeben werden, da ja die Kreisanstalt für solche Aufgaben nicht vorbereitet und nicht eingerichtet ist.

Dazu gehört dann noch eine genügende Aufsichtführung des Staates, die bezüglich der geisteskranken Insassen einem erfahrenen Psychiater anvertraut sein muß.

Für diesen Zweck einer Siechenanstalt für völlig abgelaufene, harmlos gewordene Fälle von Geisteskrankheit, also für verblödete chronische Irre, Idioten, Kretinen und Epileptische, halten wir dagegen die Kreisanstalten für ebenso geeignet wie für körperlich Sieche und Gebrechliche und für Krankheitzustände, wo sich beiderlei Erscheinungen mischen. Hier ist das eigentliche Gebiet dieser Art von Krankenanstalten; hierin leisten sie Gutes und können es zu einer billigen Verpflegungsnorm leisten. Sie sind so zu einer Wohltat für die Kreisverwaltungen und für die Armen des Landes geworden; zurzeit sind darin unter insgesamt 2700 Insassen auch etwa 1400 Geisteskranke, Idioten und Epileptiker untergebracht.

Für Zwecke der eigentlichen Irrenfürsorge aber können sie nach unserer Überzeugung aus den angeführten Gründen nicht stärker herangezogen werden.

3. Eine der allerwichtigsten psychiatrischen Bestrebungen, die uns wie nicht minder dem Staate zukommt, ist die Fürsorge für geistig abnorme und geisteskranke Kinder und Jugendliche. Sie liegt bei uns in Baden noch nicht durchaus in den Händen der Psychiater, und auch die Regierung hat sich ihrer noch nicht völlig bemächtigt. Bis jetzt treten bei uns dafür hauptsächlich die sogenannten charitativen Anstalten in Herthen, Kork und Mosbach ein, wo schwachsinnige, epileptische und idiotische Jugendliche verpflegt und, soweit möglich, unterrichtet und erzogen werden. Gegenwärtig beherbergen diese Anstalten zusammen ungefähr 820 Pfleglinge.

An den staatlichen Heil- und Pflegeanstalten fehlen bis jetzt besondere Kinderstationen. Erst das neueste Projekt für die große Anstalt im Mittelland sieht zwei Kinderpavillons vor.

Im neuen badischen Irrengesetze ist allerdings kein Unterschied in der Aufnahmefähigkeit nach dem Alter der Kranken gemacht, so daß hiernach die staatlichen Heil- und Pflegeanstalten berechtigt sind,

auch Kinder und Jugendliche aufzunehmen; es müssen also den Anstalten nur noch die dafür nötigen besonderen Abteilungen zuteil werden.

Und in der Tat will es uns scheinen, daß in einem Lande, wo die gesamte Irrenfürsorge staatlich geordnet ist, der Staat auch nicht bei einer bestimmten Altersgrenze Halt machen darf. Es muß den Staatsbürgern ermöglicht werden, erkrankte minderjährige Angehörige ebensogut in die staatlichen Institute in Behandlung zu geben wie die Erwachsenen. Ich bin daher seit Jahren dafür eingetreten, daß, ganz im Sinne der nunmehrigen Bestrebungen des Deutschen Vereins für Psychiatrie und des bekannten *Alt*schen Vortrags auf diesem Gebiete, an unseren staatlichen Landesasylen, vorerst an einigen, später, sofern nötig, an allen, Kinderstationen gegründet werden, wo geisteskranke, aber auch in schwererem Grade geistig minderwertige und psychopathische Kinder und Jugendliche die richtige, das heißt fachärztliche Untersuchung, Beobachtung, Behandlung und Leitung, einschließlich der Erziehung und, wo angängig, beruflichen Ausbildung, finden. Dazu gehören aber auch die Imbezillen, Idioten, Kretinen und Epileptischen, sofern und soweit sie besonderer psychiatrischer Behandlung und Fürsorge bedürfen. Es müßte überhaupt zum Grundsatz erhoben werden, daß keiner von diesen Zuständen allen in eine andere Anstalt, sei es zur Behandlung, sei es zur Erziehung aufgenommen wird, bevor er nicht auf kürzere oder längere Zeit in einer staatlichen Irrenanstalt zur Beobachtung gewesen ist. Diese Untersuchung erst soll feststellen, ob und für welche weitere Fürsorge der Fall im speziellen geeignet ist.

Für ganz besonders wichtig halten wir diese Voruntersuchung aber, wo es sich um die Frage der Zwangserziehung (Fürsorgeerziehung) verwahrloster Kinder handelt. Solche Kinder sollten, wenn nur der geringste Zweifel über ihre psychopathische Konstitution besteht, zunächst der Irrenanstalt zur Voruntersuchung übergeben werden, ob die Zwangserziehung wirklich die richtige Maßnahme darstellt oder ob vielleicht eine andere ärztliche und besonders psychiatrische Fürsorge besser am Platze wäre. Wir sind überzeugt, daß dadurch manchem Fehlgriffe vorgebeugt werden würde; vielleicht kann dadurch sogar die Erstellung besonderer psychiatrischer Stationen bei den Zwangserziehungsanstalten selbst entbehrlich gemacht werden.



Aber auch wo sich eine Psychose oder ein psychisch zweifelhafter Zustand erst während der Zwangserziehung herausstellt, ist eine Überführung des Zöglings in die eigentliche Heil- und Pflegeanstalt zur längeren Beobachtung anzustreben. Sind hier etwa Bestimmungen des Zwangserziehungsgesetzes hinderlich, so wäre deren Abänderung herbeizuführen, oder es müßte die Zwangserziehung für die Zeit der irrenärztlichen Obsorge ausgesetzt werden.

Die Mitarbeit des Psychiaters darf jedenfalls in diesem wichtigen Fürsorgezweige nicht mehr hintangesetzt werden. Dazu gehört natürlich noch des weiteren, daß der Psychiater in allen Institutionen für Jugendfürsorge, Jugendschutz, Zwangserziehung, in den Jugendgerichtshöfen, Sitz und Stimme hat und in jedem zweifelhaften Falle befragt wird. Gerade in der Zwangserziehung halten wir es für besonders wichtig, wenn der Irrenarzt eine regelmäßige ärztliche Kontrolle über die Zöglinge, darunter besonders über diejenigen von irgendwie abnormem Geisteszustande ausübt und zwar während der ganzen Dauer der Zwangserziehung, ja sogar, wo nötig, auch darüber hinaus. Nicht minder wichtig ist eine derartige ärztliche Obsorge auch bei allen jugendlichen resp. minderjährigen Kriminellen überhaupt. Sehr oft wird der Arzt imstande sein, einer schlimmen Entwicklung im Leben derartiger, doch meist psychopathischer Individuen vorzubeugen, sei es durch rechtzeitige Erziehungsmaßnahmen, sei es durch frühzeitige Anstaltunterbringung.

Die Zentrale für alle solche Bestrebungen der psychiatrischen Jugendfürsorge und die Beratungstelle für alle auftauchenden ärztlichen Fragen soll für ihren Aufnahmebezirk jede Heil- und Pflegeanstalt des Landes sein; mit ihr sollen sich die in diesem Fürsorgewesen beschäftigten Behörden jederzeit in Verbindung halten.

Die Durchführung der richtigen Irrenfürsorge für Kinder und Jugendliche in einer einheitlichen Organisation über das ganze Land hin halten wir — um es nochmals zu sagen — für eine unserer dringendsten und aktuellsten Aufgaben, der Irrenärzte sowohl wie des Staates. Handelt es sich doch um die edelste Seite des ärztlichen Wirkens: um die ärztliche Prophylaxe und zwar zugleich in mehrfachen, sehr bedeutsamen Beziehungen zum ganzen Staatsleben!

4. Die Fürsorge für kriminelle Geisteskranke — wir verstehen darunter sowohl die geisteskranken Verbrechernaturen



wie auch die verbrecherischen Geisteskranken jeder Art und jeden Alters, also auch die in diese Kategorie gehörigen Grenzzustände, geistig Minderwertige und Psychopathen schwereren Grades — ist gerade für ein kleines Land ein außerordentlich schwieriges Kapitel.

Für akut-psychisch erkrankte Sträflinge besteht nun in Baden bei der Zentralstrafanstalt in Bruchsal ein neues, recht zweckmäßiges Asyl. Für alle verbrecherischen Geisteskranken nach Ablauf oder Aufhebung ihrer Strafe müssen aber die großen Landesanstalten und, da es sich meist um dauernde Verwahrung handelt, die sogenannten Übernahmeanstalten, d. h. Emmendingen und Wiesloch, herhalten, die auf diese Weise ein sehr großes Kontingent höchst unangenehmer und den ganzen Krankenhauscharakter störender Kranker zugewiesen bekommen. So hat zum Beispiel Wiesloch in seinem Krankenstande auf der Männerseite gegenwärtig 28,5% Kriminelle, d. h. mit dem Strafgesetz in Konflikt Gekommene und Vorbestrafte, zu verpflegen. Und zwar sind davon wieder 71,8% d. h. 20,49% des gesamten Männerkrankenstandes Rückfall- und Gewohnheitsverbrecher. Diese geistig abnormen oder geisteskranken Elemente nun müssen nach der neuesten Vollzugsverordnung zum Irrengesetz in unsern Anstalten verbleiben, selbst wenn sie einer psychiatrischen Behandlung nicht bedürfen; es genügt die Feststellung ihrer Gemeingefährlichkeit. Auf diese Weise erhalten wir aber auch als dauernde Bewohner eine nicht geringe Anzahl von Kriminellen, die eine ausgesprochene Geisteskrankheit nicht haben, sondern psychopathische oder geistig minderwertige Persönlichkeiten, eigenartige Charaktere mit dem Hauptmerkmal der Insozialität und Verbrecherhaftigkeit sind.

Ihre Behandlung ist um so schwieriger, als sie sich selbst einerseits nicht für geisteskrank halten und andererseits ihnen auch vom Arzte eine wirkliche Form der Geisteskrankheit schwer nachgewiesen werden kann. So werden sie mit der Zeit verbitterte, zu Intriguen, Komplotten und Ausbruchsversuchen stets bereite Menschen, denen der Anstaltaufenthalt und alle ärztlichen Behandlungsbestrebungen oft nur zum Schaden ausschlagen.

Mit Notwendigkeit führt dies zur Schaffung gesicherter Abteilungen und Verwahrungshäuser, die eigentlich in den Rahmen unserer modernen Anstalten nicht recht passen. Auch an unseren



badischen Anstalten ist — zum Beispiel in Emmendingen durch Herrichtung einer gesicherten Abteilung im Zentralbau, in Wiesloch durch Erstellung eines eigenen gesicherten Hauses mit 4 Unterabteilungen für insgesamt 46 Pfleglinge — staatlicherseits für die Unterbringung solcher Elemente gesorgt worden oder wird gesorgt werden.

Wir sind aber der Überzeugung, daß selbst Anstalten mit solchen Verwahrungshäusern zur richtigen Behandlung der Kriminellen nicht ausreichen. Es fehlt ein Glied in der Fürsorge für diese unglücklichen und zugleich schwierigen Elemente. Und zwar halten wir für eine große Anzahl von ihnen eine weitere Art der Anstaltversorgung außerhalb der eigentlichen Irrenanstalt für nötig, ein Mittelding zwischen Krankenhaus und Arbeitshaus. Es müßte also getrennt von der Irrenanstalt, am besten im Anschluß an ein wirkliches Arbeitshaus, eine Station für verbrecherische Charaktere gegründet werden als ein wertvoller weiterer Faktor in ihrer Unterbringung und Behandlung.

Auch für diese Station müßte natürlich eine irrenärztliche Kontrolle und Behandlung der Insassen eingerichtet werden; sie käme auf diese Weise auch den übrigen psychisch nicht direkt affizierten Insassen zugute, bei denen sie nach manchen bisherigen Erfahrungen gleichfalls sehr angebracht ist.

Wir denken uns den Gang der Fürsorge dann im einzelnen Falle so, daß jeder Kriminelle dieser Art zunächst der Irrenanstalt, sei es dem Verwahrungshause, sei es einer anderen Abteilung zugeführt wird. Erweist er sich nach längerem gewissenhaften Studium als ungeeignet für die weitere Anstaltbehandlung und kommt man danach zu der Entscheidung, daß er nach seiner ganzen Eigenart sich selbst besser befinden würde in einer Versorgung außerhalb der eigentlichen Irrenanstalt, so erfolgt seine Versetzung in die Kriminellenstation beim Arbeitshause; lediglich das Interesse des Kranken soll hierbei maßgebend bleiben. Ebenso müssen natürlich auch aus dieser Station in geeigneten Fällen Rückversetzungen in die Irrenanstalt jederzeit möglich sein.

Mit der Einführung der verminderten Zurechnungfähigkeit nach dem neuen Strafgesetzentwurf und der sogenannten „sichernden Maßnahmen" würde [illegible] tige Kombination von Arbeitshaus



mit Verbrecherstation, auf deren Notwendigkeit ich bereits im Jahre 1897 („Fürsorge für irre Verbrecher“) hingewiesen habe, ohnehin gar nicht mehr länger zu umgehen sein. Es scheint uns aber sicherer und klüger, solche Einrichtungen und Notwendigkeiten, zumal sie schon gegenwärtig von Nutzen sein können, bei Zeiten vorzubereiten; dann wird man später auch nicht noch größeren Kalamitäten und Unzulänglichkeiten gegenüberstehen.

Wir würden nach unserem Vorschlage für erwachsene Schädlinge der menschlichen Gesellschaft ähnliche Institutionen bekommen wie die Zwangserziehungsanstalten bei den Jugendlichen, und zwar für Fälle, die einer besonderen psychiatrischen Obsorge in der Irren-Instalt nicht mehr bedürfen, oder wo sie sich sogar als schädlich erweist. an anderer Richtung wären diese Stationen aber für gemeingefährliche Elemente ein notwendiges Korrelat zu den Kreispflegeanstalten für Erwachsene und ebenso zu den Pflegeanstalten charitativen Charakters für Jugendliche, wo bis jetzt nur nicht gemeingefährliche, harmlose, chronische Kranke, die keiner besonderen psychiatrischen Obsorge bedürfen, untergebracht werden sollen.

Den Hauptwert der Einrichtung sowohl für die Pfleglinge wie für den Betrieb und den ärztlichen Dienst erkennen wir, wie gesagt, in der Möglichkeit des Aufenthaltwechsels zwischen Irrenanstalt und Arbeitshaus und in der damit geschaffenen weiteren Verwahrungsform, die keine Irrenanstalt und keine Strafanstalt darstellt; sie erscheint uns als eine notwendige Ergänzung der bisherigen Art der Fürsorge.

Für unbedingt erforderlich müssen wir es aber nochmals erklären, daß alle derartigen Zustände zuerst in psychiatrische Beobachtung an einer eigentlichen Irrenanstalt kommen und erst von hier aus nach kürzerer oder längerer Zeit unter genauer Stellung der Indikation in das Arbeitsasyl verwiesen werden; das gleiche gilt für die Rückversetzungen in die Irrenanstalt.

Ein ganz besonders heikler Punkt ist die Entlassung psychisch gebesserter und sogar geheilter, früher gemeingefährlich oder kriminell gewesener Geisteskranker aus der Irrenanstalt. Bei ihnen wird man ja in der Stellung der Prognose und der Indikation der Entlassung gerade im Hinblick auf ihr Vorleben und auf die Gefahr für die Allgemeinheit immer ganz besonders vorsichtig verfahren.

Wie begreiflich hält es nun, auch wenn wir eine weitgehende Besserung verbürgen und einen Entlassungsversuch, meist nach langem Anstaltaufenthalt, unter den auch dann noch erforderlichen Kautelen durchaus empfehlen können, außerordentlich schwer, für solche Elemente eine in jeder Beziehung geeignete Unterkunft und sichere Arbeitgelegenheit zu finden. Gewöhnlich lehnt man es wegen ihrer Vergangenheit von vornherein ab, sich mit ihnen zu befassen, oder man macht unter Umständen einen kurzen Versuch, aber ohne ernsten Willen und humane Rücksichtnahme oder ohne die richtige Leitung über die Kranken, Dinge, die gerade hier am nötigsten und zugleich lohnendsten sind; mit Vorliebe wirft man ihnen sogar ihre kriminelle Vergangenheit bei jedem geringsten Anlasse vor.

Haben solche Entlassenen aber dann doch einmal in der Freiheit Fuß gefaßt, und kommen sie unter dieser Ungunst der Verhältnisse, durch verkehrte und aufreizende Behandlung nach kürzerer oder längerer Zeit wieder in neue Konflikte mit der öffentlichen Ordnung und dem Strafgesetze, so wird gewöhnlich ohne viele Umstände, einfach auf Grund ihres Vorlebens, ihre alsbaldige Rückverbringung in die Anstalt veranlaßt. Es liegt nun allerdings sehr nahe, anzunehmen, daß diesen Personen der Schutz des § 51 auch weiterhin zukomme, und daß sie als gemeingefährlich am besten unverzüglich wieder in Anstaltpflege eingeliefert würden, nachdem und weil sie eben schon einmal wegen Geisteskrankheit dort untergebracht waren.

Sehr oft ist in diesen Fällen aber die Sachlage unterdessen insofern eine andere geworden, als der gewesene Kranke nach fachärztlichem Urteil jetzt gar nicht mehr unter den § 51 fallen würde; oder er kann doch eine so weitgehende Besserung seines psychischen Zustandes erfahren haben, daß die Frage seiner Zurechnungfähigkeit zum mindesten strittig geworden ist. Unter Umständen kann er also recht wohl zur Rechenschaft gezogen und ohne Gefahr für seine Gesundheit auch in Haft und Strafe genommen werden. Dem allem entgeht er durch die Verbringung in die Anstalt — gewöhnlich gar nicht zum Behagen des Rechtbrechers selbst; ihm wäre es viel angenehmer, wenn er vor Gericht käme und seine Strafe absitzen könnte; er glaubt so besser wegzukommen als durch einen längeren Aufenthalt in der Anstalt wegen Geisteskrankheit.



Hier ist also zweierlei nötig:

Erstens, wenn derartig gebesserte und beruhigte, aber immerhin etwas zweifelhafte Elemente aus der Zahl der Kriminellen aus der Irrenanstalt in die Freiheit entlassen werden, so muß bei ihnen mit besonderer Umsicht und Vorsicht vorgegangen; sie müssen mit größter Aufmerksamkeit, Festigkeit und Geduld zugleich behandelt und geleitet werden.

Werden sie aber dann trotzdem entschieden rückfällig in Straftaten, so ist eine neue amtsärztliche oder gerichtsärztliche Prüfung, unter Umständen im Benehmen mit der Anstaltdirektion, darüber unbedingt nötig, ob der Betreffende tatsächlich wieder geisteskrank und zugleich anstaltbedürftig ist oder aber ob er für seine Straftaten verantwortlich gemacht und in ein gerichtliches Verfahren genommen werden darf und muß. Je nach Lage des Falls wird für manchen von ihnen jedoch entweder nach der Strafverbüßung oder statt ihrer die langfristige Einweisung ins Arbeitshaus die richtige Maßnahme darstellen. Andere wiederum werden allerdings trotz aller Bemühungen auch weiterhin zwischen der Freiheit, der Irrenanstalt oder der Strafanstalt hin- und herwechseln.

Eine individuelle Behandlung dieser Leute in unserem Sinne außerhalb der Anstalt würde aber sicher auch nicht wenige vom unrechten Wege abhalten und sie dauernd in die richtigen Bahnen lenken können. Wir werden daher auf die weitere Ausbildung dieser Fürsorge für entlassene kriminelle Geisteskranke ein sorgsames Augenmerk richten sollen, wobei der Entlassene in beständiger Aufsicht und unter dem Schutz besonderer gut informierter Vertrauenspersonen gehalten werden müßte.

5. Die Behandlung der Trinker ist in Baden ermöglicht worden durch die vom „Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke" (Bezirksverein Karlsruhe E. V.) gegründete eigene „Heilstätte für Alkoholkranke" in Renchen, deren ärztliche Obsorge dem Arzte der Heil- und Pflegeanstalt Illenau, Medizinalrat Dr. Thoma anvertraut ist. Die Anstalt, die aus einem Bau im Landhausstil mit 35 Plätzen besteht, ist eröffnet worden am 1. Mai 1905 und blickt trotz ihres kurzen Bestehens auf schöne Erfolge zurück. Ihre nahe und trotzdem nicht allzunahe Verbindung



mit einer Irrenanstalt muß als glücklicher Umstand angesehen werden.

Ob sie für die Dauer ausreichen wird, und ob nicht späterhin der Staat selbst aus Gründen der allgemeinen Organisation dazu kommen muß, eine eigene Trinkerheilstätte in direkter Verbindung mit einer seiner Heilanstalten, etwa nur in Form eines besonderen Pavillons, zu errichten, ist eine offene Frage.

In den Irrenanstalten befinden sich eine große Anzahl chronischer Trinker mit psychischen Störungen oder Defekten, für die bei ihrer Eigenart einerseits auf kürzere oder längere Zeit der Aufenthalt innerhalb der geschlossenen Anstalt vonnöten ist, während andererseits für einen Teil von ihnen nach erreichter Besserung auf einige Zeit vor der Entlassung die freiere Behandlung in der mit der Anstalt verbundenen Trinkerheilstätte von Vorteil wäre. Umgekehrt wäre damit aber auch für Fälle, die in der Heilstätte rückfällig werden oder sich als ungeeignet für die offene Behandlung erweisen oder aber intensivere Krankheiterscheinungen psychischer Art, wie sie mitunter plötzlich auftreten, eingehen, die Möglichkeit gegeben, sie ungesäumt und ohne weitere Formalitäten als die gesetzlich festgelegten in die geschlossene Anstalt zurückzuversetzen oder neu aufzunehmen. Wir könnten somit aus dieser Überlegung der Kombinierung der staatlichen Trinkerheilstätte mit der staatlichen Irrenanstalt nur das Wort reden.

Daß etwa die Frequenz der Heilstätte oder des Pavillons für Alkoholkranke durch die direkte Verbindung mit der Irrenanstalt geschädigt werden könne, diese Befürchtung mag vielleicht für die erste Zeit zutreffen, für später, wenn die Einrichtung sich einmaf eingelebt hat, teilen wir sie nicht.

6. Die Frage der Unterbringung und Behandlung Nervöser befindet sich bei uns in Baden noch ganz in der Schwebe. Wohl ist der Irrenklinik in Freiburg ein Pavillon für Nervenkranke angegliedert worden; auch besteht in St. Blasien eine kleine aus Sammelbeiträgen hervorgegangene private Heilstätte für Nervöse der gebildeten Stände mit mäßigen Verpflegungsätzen.

Ebenso können an allen Landesanstalten Nervöse, die sich nach Ansicht des Direktors zur Aufnahme eignen, freiwillig aufgenommen

werden; allerdings müssen sie sich in die vorhandenen Verhältnisse schicken und auf den Abteilungen mit den leichter Geisteskranken zusammenwohnen, was nicht Jedermanns Sache ist. Es wäre daher anzustreben, daß jede größere Landesanstalt einen eigenen, besonders gelegenen und im Grundriß gut durchdachten, nicht zu großen Pavillon für Nervenschwache, insbesondere für die sogenannten Psychisch-Nervösen und Übergangszustände erhielte.

Ein Verein zur Gründung einer eigenen Volksnervenheilstätte besteht zwar bei uns; seine Mittel sind aber leider noch sehr bescheiden. Es fehlt also zurzeit noch in Baden eine richtige Fürsorge für unbemittelte Nervöse gänzlich, so dringend nötig sie uns auch wäre. Die Fälle, wo wir trotz der reichen Auswahl von Kurorten und Bädern in unserem Lande nicht wissen, wohin wir nervöse Kranke, seien sie nun gänzlich mittellos oder aber Mitglieder von Krankenkassen, in die richtige fachärztliche Behandlung eines erfahrenen Nervenarztes geben sollen, mehren sich zusehends. Es wäre daher aufs lebhafteste zu wünschen, daß dem Verein reichlichere Mittel zufließen, damit der Bau der Heilstätte wenigstens mit einem ersten Teil der ganzen Anlage möglichst bald begonnen werden könnte. An der Unterstützung seitens der Regierung fehlt es nicht; es sind auch schon anerkennenswerte Stiftungen und Beiträge zugegangen; aber sie reichen bei weitem noch nicht zur Verwirklichung des Unternehmens aus.

Was wir ärztlicherseits von unserer Nervenheilstätte verlangen, ist unter anderem eine entsprechende mittlere Höhenlage mit ihrem für die Kräftigung des Nervensystems erprobt günstigen Einflusse; man sollte auf diesen Faktor nicht verzichten, er läßt sich auch in unserem Lande zum Beispiel im Schwarzwaldgebiete unschwer verwirklichen. Ferner sollte in der Heilstätte neben dem Sommerbetrieb auch der Winterbetrieb zur Ausnützung der winterlichen Klimaverhältnisse (Wintersport) eingeführt werden. Und schließlich muß neben allen sonstigen Erfordernissen der Nervenbehandlung insbesondere ein reichlich ausgestalteter Beschäftigungsbetrieb von vornherein in Aussicht genommen werden.

Wir Anstaltdirektoren haben noch ein besonderes Interesse an der Nervenheilstätte insofern, als wir es sehr oft mit nervös erschöpftem



Personal, insbesondere unter den Wärterinnen, zu tun haben, bei denen ein Erholungsaufenthalt in der Heilstätte nicht nur sehr angebracht, sondern direkt nötig und durch nichts anderes ersetzbar wäre.

Der Gedanke, ein eigenes Erholungsheim für im Beruf erschöpftes Personal aus den Heil- und Pflegeanstalten zu begründen, ist wohl sehr schön und der Ausführung wert; wir befürchten aber, daß wir hierfür auf allzulange hinaus keine Mittel zur Verfügung haben werden.

7. Eines der wichtigsten Kapitel der praktischen Psychiatrie, das, wie überall, so auch bei uns in Baden noch sehr der Förderung und Ausbildung bedarf, ist die Psychiatrie außerhalb der Anstalten oder, wie wir sie nach ihrem Hauptcharakter auch nennen können, die soziale Psychiatrie. Für sie bin ich schon seit vielen Jahren in immer wiederholten Anläufen eingetreten; hier können ihre Ziele nur kurz gestreift werden. Diese außerordentlich vielseitige und vielseitige Arbeit erfordernde Sparte der Irrenfürsorge, die besonders in England durch die Gesetzgebung staatlicherseits in dem Institute der „Commissioners" eine allgemeine Ausbildung erfahren hat, zeigt bei uns noch große Lücken, wie ich insbesondere in: „Wirtschaftliche Zeitfragen auf dem Gebiete der Irrenfürsorge" (1901) und „Schutz der Geisteskranken in Person und Eigentum" (1902) eingehend dargetan habe. Dort wurde auch von mir die Einführung besonderer Fürsorger, Berufspfleger oder Generalpfleger für unsere Kranken als generelle Einrichtung gefordert, ein Thema, das neuerdings von *Starlinger*-Mauer-Oehling in einem Aufsatze: „Zur Reform des Irrengesetzes" (Zeitschrift für Kranken- und Humanitätsanstalten, 1911, Nr. 8—11) wieder aufgenommen worden ist.

Bis eine derartige allgemeine Organisation geschaffen sein wird, werden wir uns bemühen, den badischen Hilfsverein für Geisteskranke, der bereits von *Roller* im Jahre 1872 gegründet worden und in den letzten Jahren auf meine wiederholten Anregungen hin neu in fühlbarere Wirksamkeit getreten ist, im Sinne der Sozialpsychiatrie weiter zu entwickeln und zu vervollkommnen. Hier handelt es sich im besonderen um die ärztliche und soziale Fürsorge für die aus den Anstalten zur Entlassung Kommenden, vor allem



auch die ungeheilt Entlassenen, wie überhaupt für alle außerhalb der Anstalten lebenden Geisteskranken. Die Hauptaufgabe ist dabei die Bereitstellung von für jeden einzelnen Fall ausgesuchten Unterkunftstellen und Arbeitgelegenheiten, wie sie zum Beispiel in neuester Zeit in Mannheim von der dortigen Hilfsvereinstelle durch Einteilung der Stadt in besondere Fürsorgebezirke und durch Nachweis geeigneter Arbeitstellen in Verbindung mit den Organen der Industrie, des Handels und des Handwerks eingerichtet worden ist. Besonderes Gewicht ist vor allem auf eine regelmäßige Kontrolle des Zustandes des Kranken selbst wie nicht minder seiner Pflege- und Arbeitverhältnisse durch Arzt und Fürsorger zu legen.

Ferner kann an die Gründung von Genesungsheimen, wo die Kranken von der Anstalt aus die erste Unterkunft und auch Beschäftigung, sei es im Hause selbst, sei es aber außerhalb, angewiesen bekommen, als Übergangsaufenthalt aus dem Anstaltleben in die völlige Freiheit gedacht werden.

Die Pflegeversicherung der Geisteskranken nach Nürnberger Muster ist, wie ich andernorts nachgewiesen habe, insofern eine überaus segensreiche Einrichtung, als sie die Kranken und ihre Familien wenigstens vor den materiellen Schäden der Erkrankung sicherstellt; sie sollte überall nachgeahmt werden.

Weiterhin müßte zu allen diesen Fürsorgebestrebungen aber auch noch ein aktives Aufsuchen der Bedürftigen in den ärmeren Schichten des Volkes hinzukommen, um schon beim Beginne nervöser und geistiger Erkrankungen jeder Art, sei es beim Kinde oder beim Erwachsenen, frühzeitig eingreifen und abhelfen zu können; hier fehlt es meist am nötigsten, an der Erkennung der Krankheitzeichen sowohl wie an den Beratern und an den Mitteln zur richtigen Fürsorge.

Die Heil- und Pflegeanstalt selbst muß aber für ihren Aufnahmebezirk die poliklinische Zentrale und Beratungstelle für alle vorkommenden psychiatrischen Fragen und sozialmedizinischen Fürsorgebestrebungen bilden.

An meine Fachkollegen möchte ich bei dieser Gelegenheit den Appell richten, daß sie sich mehr wie seither den sozialpsychiatrischen Aufgaben zuwenden mögen. Die klinische Forschung, die anatomischen Untersuchungen sind schön und notwendig; wer wollte es verkennen, wer nur im mindesten sie einschränken! Nicht minder



wichtig und nötig aber ist unsere ärztliche Arbeit auf diesem Felde der praktischen sozialen Irrenfürsorge.

Wie man sieht, sind hier noch weite Gebiete zu bestellen. Die Aufgabe wird zwar zunächst den Hilfsvereinsbestrebungen zufallen; der Staat kann aber seine mächtige Hilfe und Förderung nicht versagen, da es sich um seine ureigensten Interessen, um das wichtige Problem der Prophylaxe und Bekämpfung einer der verbreitetsten und sozial schädigendsten Volkskrankheiten handelt und damit um die Hebung des Volkswohls und der Volkskraft im ganzen.

8. Wir haben uns in Baden noch eine unserer Ansicht nach sehr bedeutungsvolle Aufgabe in anderer Richtung, die aber mit den seither behandelten eng zusammenhängt, gestellt: Wir wollen mit der Zeit eine statistische Aufnahme aller Geisteskranken des Landes herbeiführen zu dem Zwecke einer allgemeinen Erforschung der Geisteskranheiten und ihrer Ursachen; hier tappen wir bekanntlich in den wichtigsten und einfachsten Fragen noch vielfach im Dunkeln. Es handelt sich insbesondere um die Ätiologie der Psychosen in den verschiedensten Richtungen, vor allem auch um das Erblichkeitsproblem und ferner um die Frage der Zunahme der Geisteskranken, Ziele, auf die ich schon seit 10 Jahren, zuletzt in der „Denkschrift über den Stand der Irrenfürsorge in Baden" (1909) und auf dem „3. internationalen Kongreß für Irrenfürsorge" in Wien (1908) in dem Vortrage: „Die einheitliche Gestaltung der Jahresberichte der Irrenanstalten" eingehender hingewiesen habe. Dort ist auch von mir der Vorschlag auf Einsetzung einer „psychiatrisch-statistischen Landeszentralstelle" zur wissenschaftlichen Untersuchung und Verarbeitung des Krankenmaterials gemacht worden.

In jüngster Zeit hat die Frage der psychiatrisch-statistischen Sammelforschung erneute Anregung erfahren, so daß sie nicht mehr so schnell zur Ruhe kommen wird; die Anläufe dazu mehren sich vielmehr von Jahr zu Jahr, und auch früher Fernerstehende sind jetzt zu Anhängern geworden. An derartigen wissenschaftlich begründeten Vorschlägen, die alle die Notwendigkeit vertiefter statistischer Untersuchungen dartun, nennen wir vor allem *Frank*, *Tamburini* („Internationales Institut zur Erforschung der Geisteskrankheiten"), *Sommer* („Psychiatrische Abteilung beim Reichsgesundheitsamt"), *Kraepelin* (Antrag auf dem Berliner internationalen



Kongreß auf Einführung einer eingehenden Bevölkerungstatistik und seine weitere Anregung auf der Stuttgarter Versammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie (1911) über die Einsetzung einer Kommission zur Untersuchung der Frage der Zunahme der Geisteskrankheiten) und *Schüle* durch seine bekannten Bestrebungen für diese Art ätiologischer Sammelforschung, insbesondere die Erblichkeitsfrage.

In England besteht bekanntlich schon lange eine Evidenzerhaltung sämtlicher Geisteskranken, und in Ungarn soll sie nach dem neuen Entwurfe des Irrengesetzes in der gleichen Weise eingeführt werden.

Den Weg der statistischen Landesaufnahme der Geisteskranken gedenken wir nun in Baden in der Weise zu beschreiten, daß zunächst für sämtliche in den Anstalten befindlichen und dahin neu aufgenommenen, aus ihnen entlassenen Kranken eine Zählkarte mit allen für die statistische Forschung nötigen Fragepunkten ausgefüllt wird. Eine derartige Zählkarte ist an der Anstalt Wiesloch bereits vor 6 Jahren ausgearbeitet worden und befindet sich seitdem, also seit Eröffnung der Anstalt, im Gebrauch. Sie enthält sämtliche Daten 1. für die Ausfüllung der Reichsmedizinalstatistik, 2. für die vom badischen statistischen Landesamt aufgestellte Fragekarte, 3. für die Bearbeitung des Krankenbestandes nach dem statistischen Schema unserer Anstaltjahresberichte und 4. außerdem eine große Reihe von für die wissenschaftliche Ursachenforschung unerläßlichen Einzelfragen. Sie ist dadurch für uns ein sehr wichtiges Requisit sowohl in der ätiologischen Festhaltung eines jeden einzelnen Falles wie auch für die größeren Zusammenstellungen über unser gesamtes Krankenmaterial geworden. In gleicher Weise würde sie sich nach Vornahme etwa nötiger Abänderungen auch für die allgemeinere Einführung zum Zwecke der statistischen Sammelforschung über ein ganzes Land wohl eignen.

Außer der Anstaltbevölkerung selbst soll aber fernerhin noch eine möglichst große Anzahl der außerhalb der Anstalten befindlichen Geisteskranken in den gleichen Zählkarten festgehalten werden. In welcher Weise dieses Vorgehen und weiterhin das Anlegen von sogenannten Stammlisten beim Statistischen Landesamt gedacht ist und welche Kategorien von Personen hierbei in Betracht kommen, ist in der Fachpresse bereits behandelt worden; vergleiche hierzu *Römer*: „Eine Stammliste aller amtlich



bekannt werdenden Fälle von Geisteskrankheit" (Psych.-Neur. Wchnschr. 1911/12, Nr. 10) und *Römer*: „Zur Methodik der psychiatrischen Ursachenforschung" (Vortrag auf der 83. Vers. Deutscher Naturf. u. Ärzte in Karlsruhe im Sept. 1911).

Wir täuschen uns keineswegs darüber, daß mit diesem Vorgehen nur ein allererster Anfang geschaffen wird, daß wir dadurch noch lange nicht einen vollständigen Stand aller Geisteskranken des Landes erhalten werden. Wir sind aber ebenso fest überzeugt davon, daß wir mit der Zeit, insbesondere durch den Vergleich der Zählungen aus den verschiedenen Perioden zu verwertbaren und bedeutsamen Resultaten kommen werden.

Als Endpunkt dieser Bestrebungen stellen wir uns eine allgemeine Zählung der Geisteskranken nach der eingeführten Zählkarte bei jeder Volkszählung vor. Man wird dadurch zugleich das beste Vergleichsmaterial zu den in den Stammlisten festgestellten Zahlen erhalten.

Nur durch positive Arbeit aber können die von mancher Seite gemachten Bemängelungen über die jetzige Unsicherheit in allen psychiatrisch-statistischen Fragen behoben werden. Die Erfolge eines solchen gemeinsamen Unternehmens werden sich allerdings nicht sofort, sondern erst nach und nach einstellen. Gerade darum aber wäre es Pflicht auch gegen die Zukunft, möglichst bald mit dieser Arbeit zugunsten der sozialen und gesundheitlichen Wohlfahrt des Volkes zu beginnen und keine Zeit mehr zu versäumen, damit die Ergebnisse und Vorteile der Forschung um so eher zur Geltung gelangen können.

Wir haben hier ein sehr weitläufiges und reiches Programm für die fernere Ausgestaltung des badischen Irrenwesens entwickelt. Bei seiner Verwirklichung werden wir nach dem Grundsatze verfahren: Das Nötigste zuerst. D. h. zunächst Plätze, neue Anstalten zur Beherbergung des immer stärker werdenden Krankenzudranges, Vervollkommnung der inneren Organisation nach dem Prinzip der regionären und zugleich freieren Verteilung der Irrenfürsorgeaufgaben, sodann Verfolgung der übrigen dargelegten Programmpunkte nach ihrer Dringlichkeit, worin insbesondere die Jugendfürsorge und die Ausgestaltung der sozialen Psychiatrie eine füh-



rende Rolle spielen muß. Manche anderen Punkte werden daneben noch gefördert werden können, andere gleichfalls wichtige werden dagegen liegen bleiben müssen, bis wir auch dafür Zeit und Mittel aufbringen können. Im Zeichen eines stetigen und doch energischen Fortschritts hoffen wir im Laufe der Jahre die Erfüllung unserer Ziele in ihrer Gesamtheit durchzusetzen.

Über den Status epilepticus und seine Bekämpfung mit hohen Dosen von Atropinum sulf.

Von

Dr. med. **Dorner,** Maria Lindenhof bei Dorsten i. W.

Es würde die Grenzen der Urteilsmöglichkeit auf medizinischem Gebiete überschreiten, wollte man jeden Status epilepticus auf eine vermeidbare Schädlichkeit zurückführen. Es wird immer eine Gruppe von Kranken geben, die zum Status neigen, während andere, trotz aller schädlichen Einflüsse nie von einem Status befallen werden. Freilich hat Forschung und Erfahrung das Resultat gezeitigt, daß bestimmte Ursachen auf das Auftreten eines Status auslösend einwirken können. So bezeichnet *Gowers* die plötzliche Unterbrechung der Brombehandlung als die häufigste Ursache für die lebensgefährliche Häufung der Anfälle; von andern wurde diese Beobachtung bestätigt, *Peterson* wendet sich allerdings gegen diese Ansicht. Er hat durch plötzliche Bromentziehung keinen Schaden gesehen, sondern bei einigen Kranken sogar Besserung dadurch erzielt. Es handelt sich hierbei sicher um Ausnahmefälle, die plötzliche Bromentziehung dürfte immerhin ein gefährliches Experiment bleiben. Ich kann diese Beobachtung durch eigene Erfahrung in drei Fällen unterstützen. Einer dieser Kranken war nach Hause beurlaubt, ein anderer entwichen; der dritte kam innerhalb der Anstalt zur Beobachtung. Bei allen Dreien trat einige Tage nach Unterbrechung der Brombehandlung Status epilepticus schwerster Art auf. Andere auslösende Ursachen, die für das Auftreten eines Status verantwortlich gemacht worden sind, wie Alkoholgenuß, Obstipatio, sexuelle Exzesse, strahlende Sonnenhitze (*Alt*), werden in erster Linie für die außer Anstaltbehandlung stehenden Fälle ihre Geltung behaupten, innerhalb der Anstalt doch nur zu Seltenheiten gehören. Alle seelischen und körperlichen

Reizpotenzen (*Böckelmann*) können natürlich auch in der Anstalt nicht ganz vermieden werden und werden sich immer bei dem einen oder andern als auslösendes Moment anführen lassen. Das beste — wenn auch nicht absolut wirksame — Mittel zur Vermeidung eines Status ist innerhalb der Anstalt aufmerksamste Pflege; denn bekanntlich sind gerade die Siechen und Elenden unter den Epileptikern am meisten gefährdet. Doch auch der geschulteste Pfleger wird bei dem sich täglich gleichenden Ablauf der Geschehnisse nicht imstande sein, immer die ersten Anfänge eines Rückgangs in dem Befinden der Kranken zu bemerken. Hier ist es in erster Linie das geübte Auge des Arztes, das die besonderer Pflege Bedürftigen herausfindet. Eine auffallende Müdigkeit, schlaffe Haltung der Kranken, angegriffenes Aussehen bilden den ersten Anlaß für eine eingehendere Behandlung. Ernstere Fälle, wie verminderte Nahrungaufnahme, häufigeres Auftreten von Anfällen im Gegensatz zu früher, werden ja ohne weiteres zur Kenntnis des Arztes gelangen. Behandlung dieser Kranken mit Bettruhe, Kostzulagen, Regelung der Körperfunktionen neben Verabreichung der gebräuchlichen Arzneimittel kann manchem Status vorbeugen. Auch die vorsichtige Verabreichung salzloser oder salzarmer Kost wird in geeigneten Fällen Erfolg zeitigen, und nur mit dieser Einschränkung wird man *Kinberg* in seiner Ansicht beistimmen können, daß die Kur nach *Toulouse* den Ausbruch eines Status verhindern könne. Denn manche trübe Erfahrung hat gelehrt, daß gerade bei einer Kur nach *Toulouse* Status in seiner schwersten Form auftreten kann.

Trotz aller dieser Vorsichtsmaßregeln werden sich die Fälle von Status epilepticus wohl einschränken, nicht aber vermeiden lassen, und nur ein allzu häufiges Auftreten in einer Anstalt wird den Verdacht auf Unterlassungsünden in der Pflege erregen. Solange wir die Ursache der Epilepsie nicht kennen, werden wir auch mit unsern Abwehrmitteln mehr oder minder im Dunkeln tappen. Denn gerade hier läßt uns der pathologische Befund, der in erster Linie Aufschluß geben könnte, fast völlig im Stich. Abgesehen von durch Trauma hervorgerufenem Status, wo z. B. *Luce* in zwei Fällen große Blutextravasate in der Schädelhöhle als Ursache nachweisen konnte, sehen wir nirgends Ursachen, nur die Folgen des Status in seiner ganzen verheerenden Wirkung. Die Ergebnisse der Obduktionen,



die *Weber* bei allen innerhalb vier Jahren in der Anstalt Uchtspringe im Status Gestorbenen vornahm, können hier als maßgebend betrachtet werden. Er fand in fast allen Organen Stauungserscheinungen, Blutextravasate, frische fettige Degeneration in Herz, Leber und Nieren, schwere Erkrankung der Blutgefäße, durch Blutaustritt zerstörte Gehirn- und Oblongatapartien. Wohl wurde auch die Giftwirkung von Organextrakten und Sekreten der im Status Gestorbenen konstatiert (*Tiburtius*, *Cobitto*), doch des Wesens eigensten Kern zu ergründen ist noch nicht gelungen.

Durch Beobachtung der oben angegebenen Regeln ist es immerhin geglückt, die Zahl der im Status Sterbenden gegen früher bedeutend herabzusetzen; doch ist die Anzahl der Todesfälle immer noch eine recht erhebliche. Nach *Wildermuth* stirbt die Hälfte aller Epileptiker an gehäuften Anfällen, nach *Worcester* 64%; *Binswanger* bezeichnet den Status als die häufigste Todesursache der Epileptiker, ähnlich spricht sich *Féré* aus; *Habermaas* bezeichnet innerhalb der Anstalt in 47,6%, außerhalb in 59% Status als Todesursache bei Epilepsie. Der Prozentsatz in unserer Anstalt bleibt bedeutend hinter diesen Zahlen zurück. So starben im Jahre 1911 einer, 1910 vier, 1909 drei im Status bei einer durchschnittlichen Verpflegungszahl von 320. Doch ermöglichen ja diese statistischen Angaben keine einheitliche Beurteilung. Ja es ist sogar der Fall möglich, daß sich bei Beziehung auf die Sterbefälle in der Anstalt überhaupt in alten Anstalten mit weniger günstigen hygienischen Einrichtungen und solchen mit ungünstigeren klimatischen Lagen die Prozentzahlen für im Status Gestorbene infolge der höheren allgemeinen Sterblichkeitsziffer günstiger stellen, im Gegensatz zu modern eingerichteten Anstalten mit allem hygienischen Komfort. Eine Berechnung im Verhältnis zur Verpflegungsziffer würde hier ein klareres Bild geben. Auch werden kleinere Anstalten, die nur die dringlichsten Fälle aufnehmen können, also in erster Linie Sieche und Pflegebedürftige, bei der größeren Neigung zu gehäuften Anfällen gerade dieser Kranken mehr Todesfälle im Status aufweisen wie große Anstalten, in denen viele körperlich Rüstige und geistig Gesunde Aufnahme finden können.

Bei den mit dem Tode endenden Status handelt es sich ja fast immer um Status schwerster Art, obwohl ja bei nebenhergehenden andern Erkrankungen wie besonders schweren Herzleiden auch leich-



tere gehäufte Anfälle den Tod herbeiführen können. Sonst wird der Begriff des Status epilepticus von manchen Autoren enger, von andern weiter gefaßt. So sagt *Gowers*: Folgen schwere Anfälle so häufig einander nach, daß in den Intervallen das Bewußtsein nicht wiederkehrt, oder nur unvollkommen erwacht, dann besteht jener Zustand, der als Status epilepticus bezeichnet wird. *Redlich* schreibt: Status epilepticus .... wobei zwischen den Anfällen das Bewußtsein nicht wiederkehrt, Fieber sich einstellt und oft sogar der Exitus letalis eintritt. *Böckelmann* führt die Definition von *Calmeil* als prägnant an: „Es gibt Fälle, wo schon vor Ende des einen Anfalls ein anderer beginnt und so immer weiter Schlag auf Schlag, so daß man 40, ja 60 Anfälle ohne jede Unterbrechung zählen kann. Es ist das jener Zustand, den die Kranken unter sich État de mal nennen. . . . . ." Doch erwähnt *Böckelmann* auch Anfallserien, die in den Status epilepticus im engern Sinne übergehen können. Als Unterscheidungsmerkmal stellt er die zeitweise Bewußtseinsaufhellung in einem Fall der steten Bewußtlosigkeit im andern gegenüber. Bei allen Definitionen bildet die andauernde Bewußtlosigkeit zwischen den einzelnen Anfällen das Hauptunterscheidungsmerkmal. Doch rechnet *Gowers* noch Anfallserien, in deren Zwischenpausen das Bewußtsein unvollkommen erwacht, zum Status, während *Böckelmann* diese Attacken vom eigentlichen Status als Anfallserien abtrennt. *Böckelmann* faßt den Begriff des Status offenbar zu eng, denn bei einem Übergang der Serien in einen schweren Status ist es nicht leicht, eine Grenze festzustellen. Diese Serien können aber nicht nur die Einleitung zum Status bilden, sondern selbst durch ihre lange Dauer eine schwere Form darstellen. Ich habe unter andern einen Fall behandelt, bei dem 10 Tage lang Tag und Nacht alle $^1/_2$ bis 1 Stunde ein leichterer Anfall auftrat, in den Zwischenpausen das Bewußtsein sich immer wieder aufhellte und trotzdem der Kranke am Ende der Anfallserien aufs äußerste erschöpft war, in demselben Grade wie Kranke nach einem kürzeren schweren Status. Derartige Anfallserien gehören meines Erachtens zum Begriff des Status epilepticus. Mag es auch bei oberflächlicher Betrachtung nicht von besonderer Wichtigkeit erscheinen, ob ein Autor noch leichtere Anfallserien als Status bezeichnet oder nicht, so ist es doch von großer Bedeutung für die Beurteilung der Wirkung der einzelnen Arzneimittel, ob die geheilten Fälle Serien oder schweren Status



betrafen. Es wäre jedenfalls wünschenswert, hier nach einheitlichen Gesichtspunkten urteilen zu können. Ich habe mich in der hiesigen Anstalt gewöhnt, die Beurteilung der Schwere des Status von dem Verhalten des Herzens abhängig zu machen und alle Anfallserien von diesem Gesichtspunkte aus als leichte, mittelschwere und schwere Formen zu unterscheiden. Die leichte Form bestände demnach in Anfallserien mit größeren Zwischenpausen, in denen das Bewußtsein ganz oder zum Teil erhalten ist; der Puls ist in den Anfallpausen annähernd normal. Die mittelschwere Form bestände in Anfallserien mit schweren Anfällen, die häufig aufeinander folgen, mit größtenteils geschwundenem Bewußtsein in den Pausen, doch ohne ernstere Herzstörung, Pulsbeschleunigung in der Anfallpause bis höchstens 110 bis 120 in der Minute. Bei der schweren Form folgen sich Anfälle häufig, Störung der Herzfunktion zeigt sich in kleinem oder unregelmäßigem Puls oder Beschleunigung von 120 bis 180 und mehr in der Minute während der Anfallpause. Völliger Bewußtseinschwund. Herzinsuffizienz stempelt jede Anfallserie zur schweren Form. Also nicht die Schwere oder Häufigkeit der Anfälle allein sollte für die Beurteilung ausschlaggebend sein, sondern auch das Verhalten des Herzens den Attacken gegenüber in Betracht gezogen werden. Eine Sonderstellung nimmt jener Zustand ein, den ich als subakuten Status epilepticus bezeichnen möchte. Ich verstehe darunter ein allmählich häufigeres Auftreten der epileptischen Anfälle leichterer oder schwererer Natur, die jeder Therapie trotzen. Bei Kranken, die früher vielleicht alle 8 Tage oder seltener Anfälle bekommen, treten nach und nach 2 bis 3 leichtere Anfälle täglich auf, die trotz Bettruhe, Ausschaltung aller Schädlichkeiten, Verabreichung der bewährten Arzneimittel nicht zurückgehen, sondern an Intensität und Häufigkeit — vielleicht nach Pausen scheinbarer Besserung — zunehmen und schließlich in einem schweren Status enden. Man hat den Eindruck, daß das Epilepsiegift — wenn wir ein solches annehmen — derartig dominierend auftritt, daß der Körper dem gegenüber jede Widerstandkraft einbüßt.

Die leichten und mittelschweren Formen des Status epilepticus können ohne medikamentöse Therapie auch zur Abheilung kommen. Bettruhe, Fernhaltung aller Reize, Eisbeutel auf dem Kopfe und vor allem gehörige Darmentleerung durch Einläufe oder Rizinus sind die



im allgemeinen genügenden Maßnahmen. Vielleicht, daß man die gewöhnliche Bromdosis erhöht und Kranken, die nicht unter Brombehandlung stehen, 6 bis 8 g Bromsalz verabreicht. Ich habe eine Reihe derartiger mittelschwerer Fälle in der geschilderten Weise behandelt und bin überall gut zum Ziel gekommen. Ich richtete mich bei der Beurteilung nur nach dem Verhalten des Pulses, obwohl in verschiedenen dieser Fälle die Anfälle sehr schwerer Natur waren, rasch sich folgten und das Bewußtsein auch in der Zwischenzeit erloschen war. Es ist daher erklärlich, daß wir so vielfach von erfolgreichen Behandlungsmethoden hören, wenn die Arzneimittel bei dieser Form des Status ihre Probe bestehen müssen. Es soll aber durchaus nicht damit gesagt sein, daß nur die schweren Fälle des Status behandelt werden sollen. Denn auf jeden Fall kann durch sachgemäße Behandlung auch ein leichterer Fall abgekürzt werden und — was das Wichtigste ist — ein Fortschreiten bis zur schweren Form vermieden werden. Es sollen auch in diesen Fällen neben der oben erwähnten allgemeinen Maßnahme mit Auswahl die therapeutischen Hilfsmittel zur Anwendung kommen, wie sie in großer Zahl zur Bekämpfung des Status von vielen Autoren empfohlen sind, begeisterte Anhänger und skeptische Beurteiler gefunden haben. — Zu den wirksamsten gehört das von *Wildermuth* eingeführte Amylenhydrat, das von *Ackermann*, *Naab*, *Strümpel*, *Kraepelin*, *Flügge*, *Alt*, *Redlich*, *Böckelmann* u. a. nachgeprüft und zum Teil dringend empfohlen wurde. *Stintzing* nennt es unsicher, *Gowers* und *Féré* legen ihm keinen Wert bei. *Binswanger* und *Ziehen* empfehlen zuerst das Chloralhydrat, das sich ebenfalls bewährt hat, doch auch — insbesondere wegen seiner schädlichen Wirkung auf das Herz — seine Gegner hat. An seiner Stelle wurde von *Hoppe* das Dormiol, eine Verbindung des Chloralhydrats und des Amylenhydrats empfohlen, das sich auch weiter viele Freunde erworben hat (*Alt*, *Böckelmann*, *Redlich*). *Alt* und *Gowers* wenden auch Chloroformnarkose an; *Alt* neben Sauerstoffinhalation, *Gowers* nur solange zur Unterdrückung der Anfälle, bis die andern Arzneimittel ihre Wirkung ausüben. Daneben werden auch von andern Methoden günstige Erfolge berichtet, so von Entgiftung mittels Magendarmspülungen (*Barham*), Ergotininjektionen (*White Ernest*), Hyoscin. hydrobromicum (*Gowers*), Bäder, daneben Bekämpfung der Herzschwäche durch Strophant., Digitalis,



Kampfer, Strychnin. *Redlich* spricht neben andern der Venaesectio mit Kochsalzinfusion das Wort. Besonders dringend empfiehlt *Böckelmann* die unbeirrte Anwendung hoher Dosen von Narkoticis, Dormiol bis 30 g., Chloralhydrat 9 g. Alle haben ihre Erfolge, viele ihre Gegner, so besonders Chloralhydrat, Morphium, Chloroform. In den mittelschweren und leichten Fällen wirken diese Mittel prompt, versagen jedoch oft gerade in den schwersten Fällen und zeigen vielfach nicht einmal eine Verminderung oder Abschwächung der Anfälle. Ein jeder Arzt, der Status epilepticus zu behandeln Gelegenheit hat, kennt die Ohnmacht unserer Hilfsmittel in vielen solcher Fälle. Es mag daher genügen, einige Krankengeschichten zur Illustration herauszugreifen.

K. A., 32 Jahre alt, durchschnittlich 4 bis 5 Anfälle im Monat. 26. 3. 1906 Beginn des Status, alle 2 bis 3 Minuten sehr schwere Anfälle. Neben Bettruhe kühle Umschläge um den Kopf, Einlauf, im Laufe des Tages 8 g Amylenhydrat subkutan. Daneben dreimal täglich 10 Tropfen Tct. Strophanti und Digitalis, abends 3 g. Chloralhydrat per rectum, in der Nacht 11 Uhr 0,0005 Skopolamin subkutan. Trotzdem dauern die Anfälle ununterbrochen bis 28. morgens. Dann totale Ermattung, große Herzschwäche; trotz stündlichen Kampferinjektionen und zwei Nähreinläufen in der folgenden Nacht Exitus letalis.

H., 16 Jahre alt, in der Nacht vom 13. auf 14. 5. 08 Auftreten eines Status epilepticus, ½ stündlich schwerer Anfall, in Zwischenpausen völliger Bewußtseinschwund. Chloroforminhalation, im ganzen 40 g. Trotzdem ½ stündlich 1 bis 2 Anfälle und mittags 1 Uhr Exitus letalis direkt nach einem Anfall.

Auch verhältnismäßig große Dosen zeigen hier gar keine Wirkung. Das spätere Schwinden der Anfälle tritt sehr häufig ein und zwar ohne jede Verabreichung eines Arzneimittels. Nur wenn die Anfälle ganz kurze Zeit nach der Einnahme der Arzneimittel stehen und sich dieser Vorgang des öfteren demonstrieren läßt, ist dies für die Wirkung dieser Mittel beweisend. Zudem verbieten sich Mittel wie Chloralhydrat, Morphium, Chloroform in allen Fällen, die mit Herzstörungen einhergehen, also gerade in den Fällen, die am meisten gefährdet sind. Bei diesen Kranken steigt die Herzschwäche ja bekanntlich in kurzer Zeit so enorm, daß sie in späteren Stadien durch nichts mehr zu bekämpfen ist. Auch unser bestes Rüstzeug, Kampfer, Koffein, Strophant, Strophantin, Digalen subkutan und intravenös, Aderlaß vermögen auf die Dauer nicht das Sinken der Herztätigkeit hintanzuhalten,

selbst wenn die Anfälle zum Stehen gekommen sind. Am meisten nützt noch Kampfer und Digalen, von den gerühmten Strophantininjektionen habe ich hierbei gar keinen Erfolg gesehen. Bei der Häufigkeit dieses Ausgangs kann ich mich darauf beschränken, einige besonders markante Fälle anzuführen.

1. B. 30. 7. 1907 im Status epilepticus eingeliefert. 4 Spritzen Amylenhydrat à 1 ccm, Skopolamin 0,0005 subkutan. Nähreinläufe. Anfälle stehen nach 24 Stunden nach der Einlieferung, Herzschwäche, 160 Puls. Digalen, Tct. Strophanti, Koffein, Kampfer abwechselnd ½ stündlich eine Spritze zeigen vorübergehende Wirkung. 7. 8. 07 Exitus unter den Erscheinungen der Herzinsuffizienz.

2. B. J., Fr. Ab 9./7. nachmittags bis 10./7. vormittags schwerer Status epilepticus. 10 g Bromkali auf einmal, neben Abführen, Ruhe usw. Anfälle stehen. Große Herzschwäche. Puls 160. Kühle Extremitäten, beschleunigte Atmung. 20 gtt. Digalen innerlich, später 4 Pravaz Digalen intravenös, 1 subkutan sind ohne jede Wirkung. 11./7. nachts Exitus letalis.

3. B., Bd. 13. 12. 08. Nachts 5 Anfälle; Bett, Rizinus; 8 g Bromkali; in den nächsten beiden Tagen schwerer Status, am 15. 12. morgens letzter Anfall. Puls klein, aussetzend, 160. Digalen dreimal täglich 1 Pravaz; Kampfer, strophant. bringt bedeutende Besserung. Will aufstehen, ist bei klarem Bewußtsein. Puls auf 120 zurück, doch klein. Am 16. 12. nachm. geht Patient auf den Nachtstuhl, darauf plötzlich Exitus. Durch die intensive Herzbehandlung erholte sich das Herz und funktionierte leidlich bei Ruhelage. Doch die Lageveränderung und geringe Anstrengung bei der Defäkation genügen, um das Herz erlahmen zu lassen. Es zeigten sich hierbei keine Störungen von seiten des Gehirns, die auf apoplektische Insulte hinwiesen.

Es ist ja wohl nicht nur die toxische Wirkung des epileptischen Krankheitsstoffes als Ursache für diese Herzinsuffizienz anzusprechen, sondern in erster Linie die enormen mechanischen Anforderungen an die Herzkraft während der Dauer der Anfälle. Fällt doch auch sonst bei allen Krankheiten, so insbesondere bei Pneumonie, Influenza, septischen Prozessen das raschere Versagen der Herzkraft bei den Epileptikern auf, im Gegensatz zu Nichtepileptikern, und bei den meisten Sektionen ist die Degeneration des Herzmuskels nachweisbar. Ich gebe deshalb seit Jahren bei allen ernsteren Erkrankungen der Epileptiker von vornherein Digitalis, wie ich glaube, mit bestem Erfolge. Diese Erfahrung führt notwendigerweise zu der Annahme, daß die von *Weber* festgestellte fettige Degeneration des Herzmuskels



bei im Status Verstorbenen, im geringeren Grade bei allen Epileptikern vorhanden ist. Die Schädlichkeiten, die beim Status vervielfacht auf das Herz einwirken, bilden im geringeren Grade eine stetige Noxe bei allen Epileptikern.

Wenn wir also das Erlahmen der Herztätigkeit als das gefahrdrohendste Moment beim Status epilepticus erkannt haben, so ist es auch unsere erste Aufgabe bei jedem Status, von Anfang an die Herzkraft zu erhalten zu suchen, alles zu vermeiden, was diese schädigen kann, und keinesfalls so lange mit Verabreichung von Herzmitteln zu warten, bis ernste Störungen auftreten. Wohl wird es immer erste Aufgabe bleiben, die Anfälle als die schädigendsten Momente zu bekämpfen, doch nie auf Kosten des Herzens. Denn was nützt es uns, wenn die Anfälle zum Stehen kommen und die Kranken nachher an Herzinsuffizienz zugrunde gehen? Deshalb können Mittel mit schädlicher Nebenwirkung auf das Herz nur im allerersten Anfang und in nicht allzu großen Dosen gegeben werden. Denn wir können nie wissen, bei welcher Dosis das schädigende Moment das therapeutische überwiegt.

Das ideale Mittel bei Bekämpfung des Status wäre demnach ein solches, das möglichst stark auf die Anfälle wirkt, ohne das Herz zu schädigen, oder noch besser, das zugleich die Herztätigkeit hebt. Diese Gesichtspunkte waren es, die mich bei meinen Versuchen mit hohen Dosen von Atropin. sulf. leiteten. Und berechtigen die Erfolge auch nicht zu dem Schlusse, daß die hohe Atropindosis jeden Status zu bekämpfen imstande ist, so versprechen sie doch die Erfüllung der zweifachen Forderung: intensive Wirkung auf die Anfälle und zu gleicher Zeit Hebung der Herzkraft.

Die für uns in Betracht kommende Atropinwirkung innerhalb der gewöhnlichen Dosen besteht nach den Lehrbüchern (*Tappeiner*, *Schmiedeberg*) in Erhöhung des Blutdrucks — *Tappeiner* stellt es als zweifelhaft hin, ob diese nicht auch auf Erregung des verlängerten Marks beruht —, des weiteren in Lähmung der Hemmungswirkung des Vagus, in Beschleunigung der Peristaltik — auch bei sehr großen Dosen ist noch die Erregbarkeit des Peristaltik auffallend — bei Krampfzuständen der glatten Muskulatur tritt jedoch Lähmung ein. Außerdem Pupillenerweiterung, Behinderung oder Einstellung der Drüsensekretion. Bei ganz hohen Dosen werden immer Erregungszustände



und nachher Lähmung und Sopor beschrieben. Doch hat die Erfahrung in der allgemeinen Praxis gelehrt, daß erst Beruhigung, mehrstündiger Schlaf eintritt und dann später Delirien.

Schon längere Zeit wurden die hohen Atropindosen in der allgemeinen, besonders jedoch in der chirurgischen Praxis bei paralytischem und mechanischem Ileus mit Erfolg verabreicht; es handelt sich hier um das Drei- bis Fünffache der Maximaldosis. In erster Linie war hier die Wirkung des Atropins auf die glatte Muskulatur des Darms ausschlaggebend. Eine Dosis von 0,003 bis 0,005 Atropin. sulf. bewirkt hier vielfach 3 bis 4 stündigen Schlaf mit nachfolgender reichlicher Darmentleerung. Außer Pupillenerweiterung, Trockenheit der Schleimhaut und der Haut werden keine Vergiftungserscheinungen beobachtet. Der vorher gewöhnlich schlaffe und unregelmäßige Puls wird kräftig, voll und regelmäßig. Muß die Dosis mehrmals angewendet werden, so kann es wohl zu leichten Delirien kommen, die völlig ungefährlich und durch Morphium leicht zu bekämpfen sind. Irgendwelche gefahrdrohende Vergiftungserscheinungen sind hierbei in der Literatur nicht bekannt geworden. Es ist deshalb kein Grund vorhanden, ängstlich zu sein. *Rudisch* gab sogar bei einem 9jährigen Kinde bis 0,006 pro die; also die doppelte Maximaldosis und von Methylatropin, dem weniger giftigen Salz, bis 0,032 und einmal sogar bis 0,06 3mal täglich. Das wäre das 60fache der Maximaldosis von Atropin. sulf.; diese Dosis gab er allerdings erst nach allmählicher Steigerung. Er betont die gute Verträglichkeit und hat nur Trockenheit im Halse als Nebenerscheinung beobachtet. Immer wieder wird die beruhigende Wirkung und die Hebung der Herztätigkeit nach der Atropininjektion gerühmt; so sagt *Reitzenstein*: „Der bisher unruhige Patient verfällt in tiefen Schlaf, die Kollapserscheinungen schwinden, der Puls erholt sich und wird voller.“ Die Nebenwirkung auf den Darm kann bei Epileptikern nur erwünscht sein, um so mehr, wenn nach *Götze* während des Anfalls die glatte Muskulatur in Kontraktion gerät. *Reitzenstein* bezeichnet gerade in Hinsicht auf diese Eigenschaft des Atropins dessen pharmakodynamische Wirkung als äußerst kompliziert, da es einerseits die Peristaltik anregt, andrerseits erhöhte Peristaltik und Krampf im Darmsystem durch Lähmung des Splanchnikus beseitigt. Für unser therapeutisches Handeln beim Status mag maßgebend sein, was *Penzoldt* sagt: Atropin beseitigt nutzlos störende

Peristaltik und regt fehlende an. Am interessantesten ist wohl die Schilderung, die *C. Schulz*, der wegen Ileus die Wirkung der hohen Atropindosen am eigenen Körper probierte, gibt: „..... selbst hochgradige Vergiftungserscheinungen, die sich hauptsächlich in Delirien äußern, sind völlig ungefährlich; .... aber auch in verzweifelten Fällen muß gleichzeitig (d. h. neben der Operation) Atropin injiziert werden, u m d i e H e r z t ä t i g k e i t z u h e b e n, die Blutzirkulation zu bessern ....." Die Wirkung des Atropins an sich selbst schildert er folgendermaßen: „..... Nach 5 bis 10 Minuten beginnt man am ganzen Körper eine angenehme Wärme zu fühlen, welche gleichsam vom Abdomen ausgeht. Allmählich lassen die Atembeschwerden nach. Die Inspiration wird tiefer, die Schmerzen beginnen zu weichen. Die schmerzhaft kontrahierte Muskulatur des ganzen Körpers erschlafft gruppenweise, man nimmt ein fibrilläres Zittern der Muskeln wahr, welche sich aber immer mehr beruhigen. Es verschwindet das widerwärtige Gefühl der Übelkeit, statt dessen tritt vollständige Euphorie, das Gefühl absoluter Ruhe ein.... Die Gedanken werden von einem Nebel umzogen und schließlich verfällt der Kranke in tiefen Schlaf".

Aus all diesen Berichten von der Wirkung großer Atropindosen geht die dreifache Tatsache hervor:

1. Die narkotisierende Wirkung, die so groß ist, daß sie die Morphiumwirkung in den möglichen Dosen übertrifft, die heftigsten Schmerzen werden betäubt, es tritt Schlaf ein.

2. Die erregende Wirkung auf das Herz.

3. Die regulierende Wirkung auf den Darm.

Dabei völlige Gefahrlosigkeit.

Innerhalb der gebräuchlichen Dosen wird Atropin und besonders Belladonna schon länger in der Epilepsiebehandlung benutzt. Doch sind die Berichte darüber noch spärlich und zurückhaltend. *Gowers* rühmt den Nutzen der Belladonna und des Atropins 0,0006 bis 0,001 in Verbindung mit Brom. Ebenso *Wulff*, *Leury*, *Biro*. Doch kennt er selbst keinen Fall, wo Anfälle dadurch ganz ausbleiben. Im Gegensatz dazu hat *Gerhartz* auch bei einem Fall von Hysteroepilepsie mit täglich mehrmals auftretenden Krämpfen Genesung gesehen. Er gab dreimal täglich 0,001 Atropin sulf. subkutan, langsam nachlassend bis einmal täglich 0,001. Dadurch schwanden die Krämpfe für längere



Zeit. Als sie wieder auftraten, war Atropin ohne Erfolg. Später sistierten die Anfälle unter Atropinbehandlung noch einmal für längere Zeit, bis zuletzt völlige Heilung eintrat. Doch verliert der Fall an Beweiskraft durch den Umstand, daß es sich nicht um reine Epilepsie, sondern um Hysteroepilepsie handelte. Auch läßt das teilweise völlige Versagen der Atropinbehandlung den Gedanken einer Spontanheilung nicht ohne weiteres ausschließen.

Moeli gab Brom abwechselnd mit Atropin, mit $^1/_2$ mg 1 bis 2 mal täglich beginnend. Bei 13 Kranken von 37 wurden die Anfälle nach diesen Atropinkuren durch Brom verringert, bei 5 hörten sie vorübergehend auf, bei 5 wirkte Brom nach Atropin schlechter. Er schreibt also die günstige Wirkung Brom zu, Atropin soll nur eine vorbereitende Tätigkeit ausüben.

Auch *Runge* erwähnt die Behandlung mit Atropin und zwar gibt er bei Kindern $^1/_2$ mg, bei Erwachsenen 0,002; *Oppenheim* sah zuweilen hier gute Erfolge, wo Brom nicht mehr nützte, ebenso spricht sich *Böckelmann* aus; nach *Albertoni* steigert Atropin die Erregbarkeit des Zentralnervensystems, nach *v. Bezold*, *Blöbaum*, *Wood*, *Cerner* erregt es das Atemzentrum; nach *Husemann* steigern kleine Dosen den Blutdruck, große mindern ihn herab. *Binswanger* stimmt *Albertoni* darin bei, daß Atropin bei Reflexepilepsie sowohl innerlich wie subkutan im Bereich der Läsion, wo es die Erregbarkeit der peripheren, sensibeln und motorischen Nerven abstumpft, mit Erfolg anzuwenden sei.

Ich kann diese Erfahrungen durch 5 Fälle eigener Beobachtung stützen, bei denen Atropin in seiner Wirkung sich jedesmal stärker erwies wie Brom und Amylenhydrat. Es handelte sich um Kranke, die ohne erkennbare Ursache allmählich häufigere Anfälle bekamen, täglich 1 bis 2 bis 10 leichte, während solche früher alle 8 bis 14 Tage, auch noch seltener auftraten. Diese häufigen Anfälle bestanden wochen-, zum Teil monatelang. Bettruhe, erhöhte Bromdosis blieb wirkunglos, Amylenhydrat, dreimal täglich eine Pravazspritze subkutan oder 20 Tropfen innerlich brachte für 8 Tage Verminderung der Anfälle. Erst Atropin. sulf. dreimal täglich 10 bis 20 Tropfen einer Lösung von 0,03 : 10, also dreimal täglich 0,0015 bis dreimal täglich 0,003 brachte prompt Besserung. Die häufigeren Anfälle blieben aus und gingen auf die frühere Anzahl zurück. Von Interesse

sind dabei besonders zwei Fälle, bei denen nach mehrmaligem Aussetzen des Atropins die häufigen Anfälle sofort auftraten, um ebenso prompt bei Atropingabe zu schwinden. In einem dieser Fälle mußte ich von dreimal täglich 20 Tropfen auf dreimal täglich 10 herabgehen, da heftige Leibschmerzen auftraten, die auf Morphium nach reichlicher mehrmaliger Stuhlentleerung und viel Gasentweichung schwanden. Es handelte sich hierbei offenbar um schmerzhaften Spasmus der Darmmuskulatur.

Diese günstige Wirkung kleinerer Dosen bei Epilepsie, ganz insbesondere jedoch die oben geschilderte Wirkungsweise der die Maximaldosis weit überschreitenden Atropindosen veranlaßten mich zu Versuchen mit diesen hohen Dosen beim Status epilepticus. Es handelt sich um Versuche in 11 ganz schweren Fällen; ich verwendete dabei Atropin. sulf. subkutan bis zur Dosis von 0,006 mehrmals täglich. Ich lasse hier die betreffenden Krankengeschichten folgen.

1. Sp., W., 20 Jahre. Seit ungefähr 9 Jahren Epilepsie. In anfallfreier Zeit geistig normal. Hat alle 4 Wochen, später seltener einige Tage nacheinander 1 bis 2 Anfälle mit nachfolgendem ungefähr 8tägigen Zustand von Erregung. Am 3. 4. 09 über Tag 4 Anfälle schwerer Natur; dann die ganze Nacht hindurch ungefähr alle ½ Stunde schwerer Anfall, in Zwischenzeit volle Bewußtlosigkeit. Gegen Morgen wird der Puls schwach. Um 9 Uhr vorm. 1 Pravaz Atropin. sulf. 0,003 subkutan, darauf Anfälle wie abgeschnitten. Er schläft bis Nachmittag, ist dann bei Bewußtsein, er kennt dann den Arzt; guter regelmäßiger Puls, nur noch etwas beschleunigt. Daran anschließend länger dauernder Erregungszustand, der sich von den übrigen postepileptischen Erregungen nicht unterscheidet.

2. H., H., 32 Jahre. Seit Jahren Epilepsie, 1 bis 4 Anfälle im Monat, schwere postepileptische Erregungszustände, vorgeschrittener Schwachsinn. In letzter Zeit sehr hinfällig, muß viel zu Bett liegen. 14. 8. 09 Status epilepticus. Alle ½ Stunde und öfter ein schwerer Anfall, völlige Bewußtlosigkeit in der Zwischenzeit, andauernd von 8 Uhr morgens bis 1½ Uhr nachmittags. Puls schlecht. Um 2 Uhr 0,003 Atropin subkutan, ½ Stunde nachher stehen die Anfälle. Bis 7 Uhr abends Schlaf. Dann motorische Erregung, die durch Morphium nicht gemildert wird. Am andern Tag ist diese Erregung geschwunden. Der Puls erholt sich nach dem Aufhören der Anfälle rasch.

3. Derselbe. 9. 11. 09 stündlich ein schwerer Anfall. Ungefähr 10 im ganzen. Am 9. 11. nachts ¼ stündlich schwerer Anfall, völliger Bewußtseinschwund. Um 12 Uhr nachts Atropin. sulf. 0,003 subkutan; ebenso morgens 8 Uhr. In der Nacht Anfälle unverändert, nach der zweiten Injektion nur noch leichte Schwindel, die aber sehr häufig auf-




treten. Im Laufe des Nachmittags hören sie ganz auf. Abends wieder Status schwerer Natur mit Pulsschwäche. Um 12 Uhr nachts Atropin. sulf. 0,003 subkutan. Nachher wegen Erregung Morphium. Am 11./11 ½ stündlich Schwindelanfälle, deliriert. Diese Schwindel werden immer seltener; am Nachmittag tritt nur noch einer auf. 12./11. anfallfrei, erregt. Chloralhydrat. Puls während der Atropinbehandlung voll und gut, nur beschleunigt. Für Stuhlgang war gesorgt. Bromlösung mit Spray gegeben.

4. E., F., 39 Jahre alt. Seit 16 Jahren Epilepsie. Anfälle vereinzelt 1 bis 3 im Monat. Geistig frisch. Ziemlich starker Fettansatz.

Am 29. 3. 10 einige Anfälle. Am 30. 3. 10 den ganzen Tag ungefähr alle ½ Stunden schwere Anfälle. Auch in der Anfallpause Bewußtseinschwund. Puls im Laufe des Nachmittags schnell und weich. ½6 Uhr nachmittags Atropin. sulf. 0,003 subkutan. Darauf noch 3 Anfälle. Nachts ½1 Uhr nochmals dieselbe Injektion. Anfallfrei.

Die zweite Injektion war wohl nicht mehr nötig. Sie war verordnet worden für den Fall, daß die Anfälle wieder gehäuft auftreten sollten.

5. M., A., 10½ Jahre alt. 4 bis 10 Anfälle im Monat. Ruhiger. bildungunfähiger Idiot. Sehr schwächlicher Habitus. Am 16. 7. 09 Status epilepticus schwerer Natur; 3 Tage vorher schon schlechtes Befinden, Durchfall, Müdigkeit, 2 bis 3 Anfälle im Tag, Rizinus, erhöhte Bromdosis, Bettruhe jedoch erst bei Eintritt des Status epilepticus. Die Nacht hindurch und den Vormittag alle 1 bis 2 Minuten schwerer Anfall. Die ganze Zeit über tiefer Sopor. Puls sehr klein, 180 in der Minute. Atem kurz. ½11 Uhr Aderlaß, gut ¼ l; nachher ½ Pravaz Atropin. sulf. 0,03 : 10 (= 0,0015). Darauf sofortiges Sistieren der Anfälle bis 3 Uhr nachmittags. Von da wieder Anfälle leichterer Natur, in größeren Zwischenräumen. Puls kräftiger, doch 180 in der Minute. ½5 Uhr nachmittags Atropin. sulf. 0,0015 subkutan. Ab 7 Uhr stehen Anfälle, die Nacht hindurch anfallfrei; aufgeregt. ¼4 Uhr nachts noch dieselbe Dosis Atropin. Am 17. 7. vorm. ½10 Uhr noch ein Anfall. Puls 144, kräftiger. Lebendig. Wassereinläufe, gewohnte Bromdosis (4 g mit Spray; 6 g auf 1 Glas). Nimmt wenig Nahrung. Noch ein Anfall im Laufe des Tages. Puls 140. Am 18. 7. allmähliche Erholung, ein leichter Anfall. Puls 120, von da ab Puls 100. Nimmt gut Nahrung und erholt sich innerhalb 8 Tagen völlig.

6. L., A., 16½ Jahre alt. Epilepsie seit dem 10. Lebensjahre. Im Anfang seines Anstaltaufenthalts täglich mehrere Schwindelanfälle, später 10 bis 12 Anfalltage im Monat, an mehreren Tagen 2 bis 5 Anfälle leichterer Art.

Am 8. 6. 10 den ganzen Tag hindurch und die Hälfte der vorhergehenden Nacht alle ¼ Stunden schwere Anfälle. Die Nacht hindurch 5 Anfälle. Puls unregelmäßig, 120 in der anfallfreien Pause. Rizinus, Eis auf Kopf und Herz. Gegen Mittag den 9. 6. alle ¼ Stunden schwerer

Anfall. Puls aussetzend, 120—130. Atropin. sulf. alle 8 Stunden 0,0015, zweimal 0,003 subkutan. Anfälle halten an bis 10. 6. abends ½9 Uhr. Seit Mittag 10. 6. 10 Kampfer und Koffein. Doch vorher schon Puls regelmäßig, aber beschleunigt. 160 bis 170. In der Nacht nach großer Pause noch 13 Anfälle. Am 11. 6. alle ¼ Stunden 2 schwere Anfälle direkt nacheinander bis 12. 6. nachts 4 Uhr. Bis 6 Uhr noch 2 Anfälle, dann keiner mehr. Vom 13. auf 14. nachts noch 2 Anfälle und 1 Schwindet. Keine Vergiftungserscheinungen außer großer Pupille und Konjunktivitis, die nach einigen Tagen abheilt. Puls hält sich lange auf 120.

7. K., C., 20 Jahre. Mit ungefähr 7 Jahren Polioenzephalitis mit nachfolgender Epilepsie, rechtseitige Kinderlähmung, kindlicher Habitus. Anfälle jeden 2. bis 3. Tag, zeitweise gehäuft, Neigung zu Status. Am 6. 3. 09 schwerer Status. Anfälle Schlag auf Schlag von 3 Uhr nachmittags ab. Sopor, schneller, kleiner Puls auch in den kurzen Anfallpausen. 5 Uhr 0,0015 Atropin. sulf. subkutan. 8 Uhr Stillstand der Anfälle. Dann nochmaliges Auftreten des Status von nachts 12 Uhr bis 3 Uhr. Nachher rasche Erholung.

Nebenbei erwähnen möchte ich noch 2 Fälle, bei denen es zweifelhaft war, ob wir es mit der schweren Form des Status zu tun haben.

2. 2. 11. D. Einige Tage gehäufte Anfälle trotz erhöhter Bromdosis und dreimal täglich 2 Pravaz Amylenhydrat, nachts 10 schwere Anfälle, die sich direkt folgten. Auf ½ Pravaz Atropin (= 0,0015) sofort Stillstand bis zum Morgen. In den nächsten Tagen noch einzelne Anfälle.

5. 2. 11. L. Häufige Anfälle in den vorhergehenden Tagen, trotz Brom und Amylenhydrat. In der Nacht 8 sich direkt folgende Anfälle, die auf 0,003 Atropin. sulf. subkutan sofort standen.

Ich schließe hier die Krankengeschichten von 4 Fällen mit letalem Ausgang an. 3 dieser Fälle gehören zu der Gruppe, die ich oben als subakuten Status epilepticus bezeichnete; einer litt an einem Herzfehler.

8. B., Fr., 41½ Jahre. Hinfällig. Epilepsie seit 14. Lebensjahre, vielfach Erregungszustände, neigte immer zu gehäuften Anfällen. In den letzten 4 Wochen fast täglich gehäufte Anfälle, 3 bis 4 im Tage, dabei benommen, delirierend. Bettruhe und die üblichen Behandlungsmethoden ohne Erfolg. 17. 11. 09: Nachts alle halben Stunden schwerer Anfall, absoluter Bewußtseinschwund, ebenso vormittags. 11 Uhr Atropin. sulf. 0,003 subkutan. Anfälle stehen sofort bis 2 Uhr nachmittags. Dann bis 5 Uhr 10 Anfälle äußerst schwerer Natur, schlechter Puls. Aderlaß ¼ l. Darauf ½ Stunde Ruhe. Der vorher schnelle, röchelnde Atem (beginnendes Lungenödem) wird ruhiger. Röcheln schwindet. Nach ½ Stunde leichter, dann sofort schwerer Anfall. Weiter bis 10 Uhr 13 schwere Anfälle. Um 9 Uhr Atropin 0,003 subkutan. Von 10 Uhr bis 1 Uhr anfallfrei. Schlaf. 18. 11: Von 1 Uhr bis 3 Uhr 12 schwere Anfälle, ½3 Uhr nochmal



Atropin. sulf. 0,003. 3 Uhr Exitus kurz nach Anfall. In der letzten Zeit noch Digalen und Kampfer ohne weitere Wirkung. Puls von 1 Uhr bis 3 Uhr sehr schnell und schwach.

9. E. J., 20½ Jahre. Immer hinfällig, lag wegen vieler Anfälle häufig zu Bett, Kur nach Toulouse mit nur kurzer, vorübergehender Wirkung. Liegt jetzt seit Wochen zu Bett wegen gehäufter Anfälle, 4 bis 6 im Tage, immer sehr benommen. Die üblichen Behandlungsmethoden ohne Erfolg. Am 29. 6. 10 morgens ab 8 Uhr gehäufte Anfälle. Dann 2 Stunden Ruhe, dann alle ¼ Stunden schwerer Anfall, völliger Bewußtseinschwund, schlechter Puls. Abends 7 Uhr Atropin. sulf. 0,006 subkutan, ebenso gegen Morgen des 30. 6. Nach der zweiten Injektion stehen Anfälle, Puls 170. Sehr elend. Gegen Abend 5 Uhr wieder Auftreten des Status, 9 Uhr Atropin. sulf. 0,006. Dann wegen völliger Aussichtlosigkeit auf Rettung keine Injektion mehr. 1. 7. morgens Exitus letalis in den Anfällen. Auffallende Vergiftungserscheinungen waren nicht zu konstatieren.

10. K., H., 38 Jahre. Seit 22. Lebensjahre Epilepsie, häufig Anfälle. Geistig sehr geschwächt, körperlich hinfällig. In den letzten 4 Wochen täglich 1 bis 3 Schwindelanfälle. Am 19. 6. 10 Status epilepticus schwerster Art, ¼ stündlich schwerer Anfall. Bewußtseinschwund. Puls 140, klein. 2 Pravaz 0,003 Atropin. sulf. (= 0,006), Koffein natr. salicyl. und Kampfer. Die Anfälle treten von 12 Uhr ab nur alle ³/₄ Stunden und bedeutend leichter auf. 3 Uhr noch eine Pravaz 0,003 Atropin, ½4 Uhr stehen die Anfälle bis ¼ vor 9 Uhr morgens am 20. 6. 10. Von da ab Anfälle alle ½ bis ³/₄ Stunden, leichter. Puls 150, gespannt. Unruhe, der Kranke wälzt sich im Bett umher. Um 11 Uhr 1 Pravaz 0,003 Atropin, ebenso 12¼ Uhr. Darauf Stillstand der Anfälle bis 3 Uhr. Dann ½ bis ³/₄ stündlich Anfall leichterer Art. Bewußtsein in der ganzen Zeit völlig geschwunden. Abends 8 Uhr Atropin 0,006 ohne Erfolg, 3 Uhr morgens 21. 6. noch eine, darauf stehen die Anfälle sofort, nur noch einige leichte Schwindel treten auf. Starke motorische Unruhe, Zunge, Rachenschleimhaut sehr trocken. Milch kann eingeflößt werden. Wasser-Spray. Morgens 9 Uhr macht Patient guten Eindruck. 120 Puls. Keine Anfälle. Puls wird im Laufe des Nachmittags schlechter 150 bis 160, 11 Uhr Atropin 0,006, Abends 7 Uhr wegen Unruhe 0,01 Morphium subkutan. Nun rascher Rückgang und 11 Uhr nachts Exitus letalis.

11. L., F., 51½ Jahre alt. Epilepsie seit ungefähr 20 Jahren, Neigung zu Status, mit nachfolgenden, heftigen deliriösen Zuständen; sonst Anfälle vereinzelt. Geistige Schwäche vorgeschrittenen Grades. Bei der Aufnahmeuntersuchung (15. 5. 08), ist bemerkt: Herztöne sehr leise, über Aorta und Pulmonalis Schwirren. Verbreiterung des Herzens bis zum rechten Sternalrand. Puls klein, 70 bis 80 Schläge in der Minute. Ziemlicher Fettansatz. In der Nacht vom 3. zum 4. Juni 9 schwere Anfälle, nachdem er tags vorher 3 Schwindelanfälle gehabt hat. Am 4. Juni



regelmäßig alle $^3/_4$ Stunden schwerer Anfall; in der Zwischenzeit auch völliger Bewußtseinschwund. Da er nicht unter Brombehandlung stand — er hatte nur alle 4 bis 6 Wochen einen Anfall — 6 g Bromkali; Rizinus und Einlauf ohne Erfolg. Da Anfälle andauern, Puls auf 140 steigt und sehr dünn ist, dabei röchelnder Atem, ½4 Uhr nachmittags 1 Pravaz 0,003 Atropin. Da sich kein Erfolg zeigt, abends ½8 Uhr dieselbe Dosis nach einem Aderlaß (¼ l) zur Herzentlastung. Von 9 Uhr ab stehen die Anfälle. 1¼ Uhr Exitus letalis unter zunehmender Herzschwäche.

Fall 1, 2 und 4 bedürfen keiner weiteren Erörterung. Die Wirkung des Atropins tritt hier in ähnlicher Weise hervor, wie wir es von den Ileusfällen gehört haben. Prompt nach der Injektion stehen die Anfälle, es tritt 3- bis 4stündiger Schlaf ein, beim Erwachen klares Bewußtsein. Bei Fall 1 und 2 schließt sich ein kurz dauernder Erregungzustand an, der sich nicht als Atropinwirkung, sondern als postepileptischer charakterisiert. Er unterscheidet sich einesteils in nichts von aus früherer Zeit bekannten derartigen Zuständen und wird durch Morphiuminjektion — im Gegensatz zu den sonstigen Erfahrungen bei Atropindelirien — nicht beeinflußt.

Bei Fall 3 genügte die Dosis von 0,003 nicht, erst nach nochmaliger Anwendung derselben Dosis gehen die Anfälle in leichte Schwindel über, die dann rasch zum Stehen kommen. Bei dem späteren Auftreten der Anfälle genügt jedoch die einmalige Injektion von 0,003, um zum Ziele zu gelangen. Auch in einigen andern Fällen (9, 10 u. 11) kann man deutlich die Wirkung erst der zweiten Injektion beobachten. Das Versagen nach der ersten lag also nur an der zu geringen Dosis.

Am bemerkenswertesten ist wohl Fall 5 und 6. Es handelt sich hier um äußerst schwächliche Knaben von $10^1/_2$ bzw. 16 Jahren; in dem einen Fall eine Pulsfrequenz von 180 pro Minute sofort im Beginn des Status, im andern ein kleiner, dünner, unregelmäßiger, aussetzender, nicht besonders beschleunigter Puls. Also beides Fälle, die die denkbar geringste Aussicht auf Bestehen eines schweren Status bieten, bei denen sich die Anwendung irgendwelcher das Herz schädigenden Mittel von vornherein verbot. Bei diesen, wie auch bei den übrigen Fällen, hob sich der Puls, wurde kräftiger, die unregelmäßige, aussetzende Herzaktion wurde regelmäßig. Ich möchte hierbei erwähnen, daß bei Beurteilung des Pulses nach Atropin nicht die Zahl der Schläge in Betracht kommt — Atropin bedingt Vaguslähmung und dadurch immer Pulsbeschleunigung — sondern der volle, regel-



mäßige Schlag, mit andern Worten, die durch Atropin bedingte Erhöhung des Blutdrucks. Diese Tatsache beweist schon der bloße Anblick atropinisierter Kranken. Vorher in den Anfallpausen bleich oder livide und verfallen, bekommen sie rote Lippen und frische Gesichtsfarbe.

Die Gefahrlosigkeit der Methode — die ja schon hinreichend durch die Versuche bei Nichtepileptikern erwiesen ist — erhellt am besten aus diesen beiden Fällen. Der $10^1/_2$jährige, schwächliche Knabe verträgt innerhalb 24 Stunden dreimal das $1^1/_2$fache der Maximaldosis ohne jede Nebenerscheinung außer erweiterten Pupillen, der 16jährige verträgt mehrere Tage lang alle 8 Stunden die $1^1/_2$- und 3fache Maximaldosis, als einzige Nebenerscheinung Pupillenerweiterung und einige Tage anhaltende Konjunktivitis. Erwachsene vertrugen das 6 fache der Maximaldosis mehrmals täglich ohne bedrohliche Folgeerscheinung.

Wenn auch in einigen Fällen die erwünschte Wirkung erst bei diesen Gaben von 0,006 eintrat, so würde ich doch als erste Dosis 0,003 empfehlen und erst bei deren Wirkunglosigkeit die Erhöhung. Über 0,006 als Einzeldosis hinaus habe ich trotz der oben erwähnten höheren Gaben von *Rudisch* keinen Versuch gemacht. Bei 0,006 kann schon sehr lästige Trockenheit des Schlundes auftreten, die den Schluckakt ungünstig beeinflußt. Auch könnte es vorkommen, daß man nicht mehr unterscheiden kann, was auf Kosten des Atropins und was auf Kosten des Status zu setzen ist. In der Regel wird man gut tun, über 0,005 dreimal täglich nicht hinauszugehen, ebenso sollen aber auch Dosen unter 0,003 nur ausnahmsweise bei ganz jugendlichen Kranken Anwendung finden. Doch ist es das Wichtigste, zwischen diesen Grenzwerten die Höhe der Dosis, die die Anfälle eben zum Schwinden bringt, rasch herauszufinden, da gerade in der richtigen Dosierung die beste Gewähr für die Wirksamkeit liegt.

Auch bei den vier Fällen mit letalem Ausgang liegt eine vorübergehende Besserung durch Atropin offen zutage. In Fall 8 stehen jedesmal sofort oder kurz nach der Injektion die Anfälle für 3 Stunden. Im Fall 9 stehen die Anfälle erst nach der zweiten Atropininjektion für 12 Stunden, ähnlich im Fall 10. Nach der ersten Injektion läßt die Intensität und Frequenz der Anfälle sofort nach, nach der zweiten Injektion stehen sie für 17 Stunden. Nun treten sie wieder auf, um nach zwei Injektionen von je 0,003 innerhalb einer Stunde für 3 Stun-



den zu sistieren. Auch nachher beendet erst wieder die zweite Injektion die Anfallreihe. Bei diesem Fall hätte vielleicht die letzte Injektion in der Anfallpause gespart werden können. Im übrigen hielt sich dieser Kranke leidlich gut, erst nach der Morphiuminjektion trat rascher Rückgang ein. Hier machte sich die Trockenheit des Schlundes sehr störend geltend. Bei Fall 11 — dem Herzkranken — stehen die Anfälle nach der zweiten Injektion, doch stirbt der Kranke kurze Zeit nachher.

Die deutliche Besserung durch Atropin ist also auch hier außer Zweifel, wenn der letale Ausgang auch nicht abwendbar war; sei es nun, daß bei dem Herzkranken die Herzmuskeldegeneration zu weit vorgeschritten war, sei es, daß bei den übrigen die nachteilige Wirkung der längere Zeit vorausgehenden gehäuften Anfälle auf Herz, Gehirn, Oblongata schon zu weit gediehen war. Auch an eine individuell verschiedene Wirksamkeit des Atropins muß gedacht werden.

Wenn ich nun die Ergebnisse obiger Beobachtungen zusammenfasse, so können folgende Tatsachen als erwiesen gelten: Das Atropin. sulf. wird auch vom Epileptiker in der 3- bis 5fachen Maximaldosis — in der 3fachen Dosis auch von jugendlichen Kranken — ohne Schädigung vertragen. Es ist in diesen Dosen imstande, in einzelnen Fällen von Status epilepticus die Anfälle zu kupieren, in andern sie nach Zahl und Intensität abzuschwächen, so die Lebensgefahr zu beseitigen und sie allmählich ganz zum Schwinden zu bringen; auch bei aussichtlosen Fällen zeigt es noch vorübergehende Wirksamkeit. In allen Fällen hat es sich als Herztonikum bewährt. Es ist daher als ein empfehlenswertes Mittel zur Bekämpfung des Status epilepticus zu betrachten. Wegen seines günstigen Einflusses auf die Herztätigkeit empfiehlt es sich besonders da, wo sich wegen vorhandener oder zu erwartender Herzschwäche andere sonst erprobte Mittel (Chloralhydrat) verbieten.

Eine Kombination von Atropin mit andern Antiepilepticis könnte dessen Wirksamkeit noch erhöhen. Bei gleichzeitiger Anwendung von Amylenhydrat und Atropin hatte ich den Eindruck, als ob die Anfallpausen verlängert würden.

Literatur.

1. *Wildermuth*, Handbuch der Krankenversorgung und Fürsorge für Nervenkranke, Epileptische und Idioten.



2. *Luce, Hans,* Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd. 14: Klinisch-anatomischer Beitrag zu den intermeningealen Blutungen und zur *Jackson*schen Epilepsie.
3. *Kinberg,* Om den metatrophiska behandlingen af epilepsi. Allmänna Svenska Läkartidningen 1904.
4. *Alt,* Bekämpfung des Status epilepticus. M. M. W. 13, 1905.
5. *Barham, G. F.,* Journal of Mental Science: Notes on the management and treatment of the epileptic insane etc.
6. *Ackermann,* Das Amylenhydrat im Status epilepticus. Zeitschr. f. Behandlung Schwachsinniger Nr. 4 1906.
7. *Peterson, P.,* Beneficial effects of the withdrawal of bromides in the treatment of epilepsy. New York Medical Journal, Sept. 1897.
8. *White, Ernest,* Epilepsy associated with insanity. The journ. of ment. science, January.
9. *Götze, H.,* Über Kotbrechen während des Status epilepticus. Neurol. Zentralbl.
10. *Tiburtius,* Einiges zur Epilepsiefrage. Psych.-neurol. Wochenschr.
11. *Weber,* Uchtspringe, Obduktionsbefunde beim Tode durch Status epil. Wiener med. Wochenschr. Nr. 4 1899.
12. *Naab,* Zur Behandlung des Status epilepticus. Ztschr. f. Psych. Bd. 57, S. 1.
13. *Habermaas,* Über die Prognose der Epilepsie. Zeitschrift f. Psych. Bd. 58, S. 251.
14. *Krainsky,* Zur Pathologie der Epilepsie. Ztschr. f. Psych. Bd. 54.
15. *Flügge,* Beiträge zur modernen Epilepsiebehandlung. Vortrag, geh. in der 59. ordentl. Vers. des psych. Vereins der Rheinprovinz am 19. Juni 1897 zu Bonn. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 54, S. 669.
16. *Gerhartz*-Rheinbach, Beitrag zur Epilepsiebehandlung. Vortrag, geh. im psych. Verein am 19. Juni 1897 zu Bonn. Ebendort. S. 681.
17. *Redlich,* Die Behandlung der Epilepsie, Deutsche med. Wochenschr. Nr. 37, 1906.
18. *Runge,* Die Therapie der genuinen Epilepsie. Zentralbl. f. d. gesamte Therapie. 1906. Heft 5 u. 6.
19. *Böckelmann,* Über die Behandlung des Status epilepticus und von Zuständen verwandter Art. Therap. Monatshefte 1906, Novemberheft.
20. Derselbe, Epilepsie und Epilepsiebehandlung. Würzburger Abhandlungen Bd. VII, Heft 12, 1907.
21. *Edinger,* Über den heutigen Stand der Therapie der Nervenkrankheiten. Ztschr. f. Ärztl. Fortbildung Nr. 8, 1906.
22. *Rudisch,* Über den Einfluß von Atropinsulfat und Atropin. methylbromatum bei Diabetes mellitus. Arch. f. Verdauungskrankheiten Bd. 15 Heft 4 (Zeitschr. Ä. F. 20, 1909).
23. *Reitzenstein,* Über Ileus. Daselbst Ä. F. Nr. 9, 1907.
24. *Schulz, C.* (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. 17 Heft 5 [Ä. F. 16, 1907].)



Zur Anwendung des Salvarsans in der Psychiatrie.

Von

Dr. A. Pfunder.

Der Vortrag *Ehrlichs* und die anschließende Diskussion auf der Naturforscherversammlung zu Karlsruhe gewährten einen willkommenen Überblick über den Stand der Salvarsanbehandlung. Aufs neue wurden die ausgezeichneten Erfolge bei der Frühsyphilis an einem sehr großen Material dargetan und die absolute Spezifität des Mittels gegen Frambösie und Recurrens hervorgehoben. Eine Reihe von Forschern wiesen auf die Überlegenheit einer kombinierten Quecksilbersalvarsanbehandlung hin, welche die Methode der nächsten Zukunft sein dürfte.

Nachdem *Alt*, der als erster die Wirkung des neuen Mittels auf den Menschen erprobte, über bemerkenswerte Besserungen bei einer so aussichtlosen Krankheit wie der Paralyse — wenn auch mit besonderem Vorbehalt und Einschränkungen — berichtet hatte, begannen in der Psychiatrie allgemein die Behandlungsversuche der Paralytiker mit Salvarsan. Was ist nicht schon alles gegen die Paralyse versucht worden! Auch Arsenpräparate spielten frühe eine Rolle (vgl. die Arbeit von *Plange*, Zeitschr. f. Psych. 38. Bd., II. Heft). Man konnte ja nicht so weit gehen, Heilwirkungen oder dauernde Besserung bei Krankheiten zu erwarten, welche die organische Struktur so komplizierter, lebenswichtiger und empfindlicher Organe wie das Zentralnervensystem verändert haben. Und trotzdem sind noch manche Hoffnungen getäuscht worden. *Ehrlich* selbst hatte schon in den Anfängen der Salvarsantherapie eine besonders sorgfältige Auswahl bei der Anwendung auf luische bzw. metaluische Erkrankungen

[1]) Aus der Großh. Bad. Heil- und Pflegeanstalt Illenau, Direktor Geheimrat Dr. *Schüle*.



des Zentralnervensystems empfohlen. Man fürchtete zuerst eine neurotoxische, unter Umständen deletäre Wirkung des Arsenpräparates. Auch später, nachdem sich gezeigt hatte, daß Tabiker und Paralytiker das Mittel keineswegs schlecht, viele sogar auffallend gut vertrugen, stand der Entdecker der besondern Eignung seines ja in erster Linie als Sterilisans gegen die spirochätenreichen Frühformen der Lues bestimmten Präparats namentlich für metaluische Prozesse skeptisch gegenüber.

Trotzdem die Ergebnisse bei den Behandlungsversuchen keine einheitlichen sind, nähern wir uns anscheinend doch einem gewissen Abschluß in der Salvarsanbehandlung der Paralyse, wie dies auch auf der 5. Jahresversammlung der Nervenärzte in Frankfurt zutage trat. Es ist daher wohl am Platze, die Erfahrungen, die wir hier sammeln konnten, wenn sie auch verhältnismäßig wenige Fälle umfassen, zu veröffentlichen.

Herr Geheimrat *Ehrlich* hatte uns in liebenswürdiger Weise eine Anzahl Röhrchen des 606 zur Verfügung gestellt, und wir konnten im September 1910 mit deren Anwendung bei unsern Kranken beginnen.

Vorausschicken möchte ich, daß wir auch Gelegenheit hatten, die Wirkung des neuen Mittels an einigen Fällen sekundärer und tertiärer Lues, die uns von auswärtigen Kollegen überwiesen waren, zu beobachten.

Wir sahen bei einem Manne mit sekundären Papeln am Skrotum schon 8 Tage nach der Injektion (0,5 subkutan) einen überraschenden Erfolg. Am ersten Tag traten ziemlich starke Nebenerscheinungen auf, Schwindel, Erbrechen und Fieber. Die Papeln aber waren in der genannten Zeit bis auf undeutliche Reste verschwunden, auch war das Allgemeinbefinden deutlich gehoben.

In einem weiteren Fall mit leichten tertiären Erscheinungen wurden die Schleimhautplaques im Munde durch einmalige, ebenfalls subkutane Injektion von 0,5 deutlich gebessert.

Ein Patient mit ausgedehnter langjähriger Psoriasis erfuhr auf 0,45 subkutan nur eine vorübergehende Besserung.

Alle andern Fälle betrafen Kranke unserer Anstalt. Die Angehörigen gaben nicht nur gern ihre Zustimmung, sondern verlangten zum Teil selbst unter dem Eindruck des allgemeinen Enthusiasmus dringend die Injektion ihrer Verwandten.

Diese wurde anfangs ausschließlich in Form der neutralen Suspension subkutan nach *Wechselmann*, später intravenös vorgenommen. Die subkutanen Injektionen von 0,3 bis 0,5 g, bei mehreren Patienten wiederholt, gingen mit den bekannten leichten Nebenerscheinungen (geringe Temperatursteigerung, örtliche Schmerzen) einher. Störend waren hauptsächlich die Infiltrate, die sich nur unvollkommen zurückbildeten und zum Teil heute noch schmerzhaft sind. Einmal kam es, bei einem Paralytiker mit Aorteninsuffizienz, zu ausgedehnter, nur sehr langsam abheilender Nekrose. Die Dosis war 0,3. Seit wir die Injektionen intravenös machen (Methode von *Weintraud*) hatten wir auch bei Gaben von 0,6 keinerlei Nebenerscheinungen mehr. Ich möchte dies darauf zurückführen, daß wir gleich von Anfang an, schon bevor man auf den „Wasserfehler" aufmerksam wurde, jeweils frisch destilliertes steriles Wasser zur Herstellung der schwach alkalischen Lösung verwendeten. Die gefürchteten Neurorezidive, welche allerdings fast nur bei den frühen Formen der Lues beobachtet wurden, sahen wir niemals.

Zur Behandlung kamen im ganzen 16 Patienten, darunter 7 Paralytiker. Vor der Injektion wurde in unserem serologischen Laboratorium jedesmal die *Wassermann*sche Reaktion vorgenommen. Nur bei einigen wenigen konnte die Nachprüfung aus äußern Gründen nicht mehr gemacht werden [1]).

Diejenigen Patienten, welche sich zu einer besonders eingehenden, speziell neurologischen Untersuchung eigneten, sollen ausführlicher, die übrigen mehr summarisch erwähnt werden.

Es handelt sich um folgende Fälle progressiver Paralyse:

1. Sch., Karl, 51 Jahre, Ministerialbeamter. Aufgenommen: 23. 2. 1910.

Anamnese: Von luischer Infektion nichts bekannt. Vor 2 Jahren Aufregungszustand. War zweimal im Sanatorium und psychiatrischen Klinik. Damals schon Sprachstörung, Pupillenstarre, Aufhebung der Patellarreflexe und ein paralytischer Anfall. 4 gesunde Kinder.

Status bei der Aufnahme: Reflektorische Pupillenstarre (völlig). Deutliche Sprach- und Schriftstörung. Ataxie ausgesprochen.

[1]) Die Untersuchungen wurden durch Herrn Anstaltarzt Dr. *Bundschuh* angestellt.

Rombergsches Zeichen positiv. Sensibilität am Rücken im Bereich des 5. bis 7. Brustwirbels fast aufgehoben. Urin: E —, Z —.

Unordentlich in der Kleidung. Starke Merkstörung, große Urteilschwäche, Größenideen. Stimmungwechsel sehr ausgesprochen, völliger Mangel des Krankheitgefühles.

Verlauf und Behandlung: Zunehmende Demenz. Die Untersuchung des Augenhintergrundes ergibt links nasale graue Abblassung der Pupille. Urin: Z + (*Nylander*). Körperlicher Befund sonst gleich. Am 25. 7. paralytischer Anfall.

Am 21. 9. 10 subkutane Injektion von 0,45 Ehrlich-Hata. Dabei kein besonderer Schmerz. An den folgenden Tagen ungestörte Euphorie. Patient ist nicht im Bett zu halten. Am zweiten Tage abends 37,8 Temperatur, Puls 100.

Kein unmittelbarer Erfolg im körperlichen und geistigen Zustand. E —, Z + (*Nylander*).

Status vom 22. 10. 10: Die Sensibilitätstörung an der Wirbelsäule ist bis auf eine kleine Unsicherheit zurückgegangen. Psychisch scheint der Stimmungswechsel günstig beeinflußt. Im übrigen keine Besserung. Merkfähigkeit eher geringer. Infiltrat schmerzlos, über ½ verkleinert. Gewichtzunahme 2,5 kg. Augenhintergrund unverändert.

*Wassermann*sche Reaktion im Blutbzw. Liquor cerebrosp. vor der Injektion: positiv. *Nonne*: positiv.

4 Wochen später etwas schwächer im Blut. Liquor nicht untersucht.

Weiterer Verlauf: Patient Sch. hatte in der Folgezeit (nach mehreren Monaten, am 22. 4. 11) einen schweren Anfall, der eine Lähmung der rechten Seite und eine sehr bedeutende Sprachstörung hinterließ. Beides hat sich seither wieder wesentlich gebessert, jedoch ist der progrediente Gesamtverlauf unverkennbar.

2. v. H., Otto, 57 Jahre, Ministerialbeamter.

Aufgenommen: 24. 8. 10.

Anamnese: Von luischer Infektion nichts bekannt. Seit 2 Jahren „Nervosität" mit Depressionszuständen, verließ plötzlich ohne Urlaub sein Amt.

2 gesunde Kinder.

Status bei der Aufnahme: Pupillen reagieren träge, Patellarreflex fehlt rechts, ist links herabgesetzt. Gang ataktisch. *Romberg* nicht deutlich positiv. Sensibilität nicht einwandfrei (spitz, stumpf). Keine deutliche Zone. Schrift: paralytisch (deutliche Zitterschrift). Sprache: nachlässig, leicht verwaschen und hesitierend.

Starker Defekt des intellektuellen und besonders des Gemütlebens. Auffallende Apathie und Vergeßlichkeit. Nachlässigkeit in der Kleidung,

Unsauberkeit. Rasche körperliche und geistige Ermüdbarkeit. Neigt zu triebhaften Erregungszuständen.

Verlauf in den ersten Wochen: Gang besser. Romberg —. Keine deutliche Sensibilitätstörung. Schrift sehr gebessert, nicht mehr als paralytisch erkennbar. Sprache ebenfalls besser. Urin:E —, Z —.

Besteht auf seiner Entlassung. Hält sich geordneter, schreibt klare Briefe nach Hause, beginnt sich andern Patienten anzuschließen.

Am 29. 9. subkutane Injektion von 0,5 Ehrlich-Hata. Momentan nicht schmerzhaft. Auch nachher wurde nichts von Schmerzen geäußert. Temperatur und Puls dauernd normal, keinerlei nachteilige Erscheinungen. Im physischen und psychischen Status keine mittelbar auffallenden Veränderungen. Urin: E —, Z —.

Status vom 13. 11. (Überführung nach Hause): Infiltrat schmerzfrei, ½ verkleinert. Pupillenreaktion wie bei der Aufnahme, ebenso das Verhalten der Reflexe. Gang seit der Injektion noch mehr gebessert. Sehr gutes Aussehen. Viel geordneter in seinem Verhalten, Stimmung gleichmäßig. Nimmt auf seinem Gut wieder an Beratungen teil. Diese bedeutende Besserung blieb jedoch nicht lange auf der gleichen Höhe. Bis zu welchem Grade sie im Lauf der Zeit wieder verloren ging, entzieht sich unserer Kenntnis[1]).

18. 8. 10: *Nonne*. Phase I + Trübung, Zellvermehrung. *Wassermann* + in Blut und Liquor.

24. 10. 10 (5 Wochen nach der Injektion): *Wassermann* im Blut und Liquor cerebrosp. unverändert. *Nonne*— Phase I = + Zellvermehrung.

3. Taboparalyse: Br., Oswald, 40 Jahre, Postinspektor.

Aufgenommen: 9. 5. 10.

Anamnese: Von luischer Infektion nichts bekannt. Will sich überarbeitet haben. 1908 Anfall von Bewußtlosigkeit. Fortschreitende Demenz, Alcohol. abusus. Einmal im Sanatorium. 1 gesundes Kind.

Status bei der Aufnahme: Pupillen different, die linke weiter und träger reagierend. Typische Sprachstörung (Silbenstolpern). Schrift nachlässig, nicht deutlich paralytisch. Starke allgemeine Hyperästhesie, zuckt bei jeder Berührung zusammen. Schmerzgefühl erhöht, Patellarreflexe sehr gesteigert, Romberg nicht deutlich. Gang unsicher, tabisch.

Deutlicher Intelligenzdefekt, starke Apathie, Merkfähigkeit erhalten, meist euphorisch bei völligem Mangel von Krankheiteinsicht, oft sehr reizbar.

Verlauf und Behandlung: Im Oktober: Augenhintergrund rechts vollständige weiße Atrophie der Papille, links noch geringer. Sehschärfe rechts 4/20, links 2/20, ziemlich rasch zurück-

[1]) Nach neueren Mitteilungen hat die psychische Schwäche erhebliche Fortschritte gemacht.



gehend. Dabei Stimmung gehoben in Hinsicht der „völligen Gesundheit". Urin: E —, Z +. Reizbarkeit etwas geringer.

Am 21. 10.: Subkutane Injektion von 0,5 Salvarsan. Angeblich starker Schmerz (Hyperästhesie), der gegen Abend noch zunahm, dabei jedoch gleichmütige Stimmung. Kein unmittelbarer Erfolg der Injektion. Infiltrat stark empfindlich, sonst gleich. Temperatur: 2. Tag: 37.2; 3. Tag: 37.3. Urin: E —, Z + (*Nylander*).

Status vom 20. 11. 10: Infiltrat gut zurückgegangen. Die Hyperästhesie hat sich an den Extremitäten und an Brust und Bauch gebessert, ist aber am Rücken unbeeinflußt. Psychischer und physischer Status sonst ohne Veränderung. Visus ebenfalls nicht gebessert. Augenhintergrund unverändert.

23. 11.: Anfall mit Aphasie und Paresis des rechten Arms.

Vor der Injektion 7. 10. bzw. 17. 10. *Wassermann*sche Reaktion im Blut und Liquor positiv. Blut > Liquor.

Wassermann in Blut und Liquor blieb unverändert.

Im weiteren Verlauf wurde das Sehvermögen eher noch schlechter. Die Krankheit nahm im übrigen einen langsamen Verlauf.

Br. starb am 5. 8. 11 an Pneumonie.

Der makroskopische und mikroskopische Sektionsbefund entsprachen dem einer typischen Paralyse.

4. Ein Fall von hereditärer Paralyse.

K., Ludwig, 19 Jahre, ohne Beruf. Vater luisch, Mutter in der Schwangerschaft infiziert, als Kind Schmierkur, erkrankte im Mai 1910 fast plötzlich (war sehr verändert, zeigte unsichern Gang, zahlreiche Größenideen). Aufnahme am 21. 5. 10. Nach der subkutanen Injektion von 0,4 war Patient vorübergehend zugänglicher und körperlich kräftiger. Der im allgemeinen progrediente Verlauf wurde aber nicht nachhaltig beeinflußt.

5. J., Albert, 54 Jahre, Former, Infektion vor 12 Jahren in Indien. Damals Schmierkur. Krank seit Mai 1910, Aufnahme am 10. September 1910, Entlassung am 20. Oktober 1911. Depressiver Zustand mit motorischen Ausfallerscheinungen, Injektion von 0,3 subkutan. Es mag zweifelhaft erscheinen, ob die Injektion an der schon vorher einsetzenden Besserung einen besondern Anteil hat.

6. R., Franz, 46 Jahre, Rechtsanwalt. Über Infektion nichts bekannt. Rascher Beginn der Krankheit mit Größenideen und starker Erregung. Aufnahme am 19. 4. 10. Fast gleichzeitig mit der zweiten subkutanen Injektion von 0,45 bedeutende Beruhigung, so daß Patient in die Gesellschaftsabteilung versetzt werden konnte. Er verfiel aber nach wenigen Wochen in eine vollständige, einige Monate anhaltende Apathie und ging körperlich stark zurück. R. ermangelte dabei zeitweise nicht einer gewissen Krankheitseinsicht. Später entwickelte sich allmählich wieder der frühere erregte Zustand, der heute noch anhält. Die psychische Schwäche hat deutlich zugenommen.



7. M., Karl, 44 Jahre, Oberstabsarzt. Infektion mit 23 Jahren, damals Quecksilberkur. Beginn der Krankheit Spätjahr 1909, *Wassermann* nach nochmaliger energischer Kur vorübergehend negativ (1910). Aufnahme am 8. 8. 10. Wir sahen eine leichte Besserung des Krankheitbildes, bei dem auf dringenden Wunsch der Frau zweimal mit 0,45 subkutan injizierten Patienten, der draußen und hier mehrere rasch vorübergehende Anfälle gehabt hatte. M. war etwas komponierter und körperlich erholt. Er erlag jedoch bald nach der am 6. April erfolgten Entlassung zu Hause einem neuen schweren Anfall.

Aus den mitgeteilten Fällen geht hervor, daß wir bei der Paralyse mehrfach — wenigstens vorübergehend — eine günstige, wohl spezifische Beeinflussung der neurologischen Ausfallerscheinungen sahen. Ob die beobachtete Besserung der psychischen Symptome als unmittelbare Salvarsanwirkung aufzufassen ist, oder ob es sich hierbei nicht vielmehr um einfache Remissionen handelt, läßt sich bei dem bekannten wechselnden Verlauf der Paralyse namentlich mit Rücksicht auf unsern, doch relativ kleinen Kreis von Erfahrungen mit Sicherheit nicht entscheiden. Diese schwierige Frage wird aber auch bei einem größeren Material mit Bestimmtheit kaum zu beantworten sein, zumal auch noch die allgemein roborierende Eigenschaft des Arsens in Betracht gezogen werden muß. Jedenfalls können wir in keinem der Fälle dem Salvarsan einen deutlich merkbaren Einfluß auf den Gesamtverlauf einräumen. Bemerken möchte ich noch, daß die jeweils positive *Wassermann*sche Reaktion, die ja bei den Spätformen besonders schwer zu beseitigen ist, nie ganz zum Verschwinden gebracht wurde.

Verschlimmerungen, wie sie von anderer Seite, besonders von *Fischer* in Prag mitgeteilt wurden, sahen wir in keinem Fall und können somit, geeignete Auswahl der Patienten und vorsichtige Dosierung vorausgesetzt, die Paralyse nicht allgemein als Kontraindikation der Salvarsanbehandlung ansehen.

Neuerdings gingen wir, namentlich auf die Empfehlung *Donaths*, zur Behandlung mit Natrium nuclein. über, da diese Methode eine unmittelbarere Beeinflussung des Krankheitprozesses zu ermöglichen scheint.

Es ist dem Salvarsan nicht gelungen, bei der Behandlung der Paralyse einen ähnlich hervorragenden Platz zu erobern, wie bei den andern Formen der Lues. Nach wie vor wird hier der Hauptgewinn

in der **Prophylaxe** zu erblicken sein. Wenn es sich künftig bestätigen sollte, daß das Salvarsan, allein oder in Verbindung mit dem bewährten Quecksilber, eine radikale Heilung der Lues ermöglicht, so wäre damit eine wirkungvollste Vorbeugung dieser gefürchteten Gehirnkrankheit erreicht.

Unter den ersten mit Salvarsan behandelten Patienten befand sich noch folgender Fall von

8. Lues cerebri (*Korsakoff*scher Symptomenkomplex).

Sch., Leopold, 42 Jahre, Rechtsagent. Aufgenommen am 2. 6. 10. Anamnese: 1897 Commotio cerebri. Lues vor 10 Jahren. Haarausfall vor 4 Jahren, längere Zeit mit Quecksilberpillen behandelt, erheblicher Abusus alcohol. 2 gesunde Kinder. Seit 3 Wochen verwirrt und erregt. Klagt über nächtliche Kopfschmerzen.

Status bei der Aufnahme, soweit zu erheben: Augenhintergrund o. B. Papille links unscharf begrenzt, Lidflattern. Pupillenreaktion links > rechts. Sehschärfe herabgesetzt. *Romberg* nicht deutlich. Schmerzhafter luischer Hodentumor. Keine Atrophien. Sensibilität anscheinend rechts herabgesetzt. Urin: E —, Z —. Keine Sprach-, Schreib- und Lesestörung. Psychisch ausgesprochen amnestischer Symptomenkomplex: völlige örtliche und zeitliche Desorientiertheit, starker Merkdefekt, lebhafte Konfabulation, außerdem bedeutende Störung der Aufmerksamkeit. Starker Wechsel zwischen euphorischer Witzelsucht und rührseliger Weinerlichkeit. Häufig psychomotorisch erregt. Intelligenzprüfung anfangs unmöglich.

Verlauf und Behandlung: Im Juli 1910 Inunktionskur, danach Jodkali. Hodentumor unverändert. Sehschärfe besser, 6/8 beiderseits. Keine Differenz der Sensibilität. Patellarreflexe beide erhöht, rechts etwas stärker wie links. Fußklonus positiv, *Babinski* positiv, *Romberg* schwach positiv. Urin: Z positiv. Temperatur öfters erhöht bis 37.6, Puls 80 erhöht bis 96. Aufmerksamkeitstörung deutlich, Labilität der Stimmung etwas gebessert. Der amnestische Symptomenkomplex besteht unverändert fort. Die Intelligenzprüfung ergibt keinen Defekt.

Am 21. 9. 10 subkutane Injektion von 0,5 Salvarsan. Keine wesentlichen Nebenerscheinungen. Hodentumor vom zweiten Tage an entschieden zurückgegangen, auch weniger schmerzhaft. Urin: Z —. Am 21. 10. subkutane Injektion von 0,4. Der Hodentumor ging vom zweiten Tage an noch mehr zurück. Neurologisch und psychisch unmittelbar keine Veränderung.

Status vom 21. 11. 10: Hodentumor etwa um die Hälfte verkleinert seit der ersten Injektion. Körpergewicht um 1,5 kg gestiegen. Nervenstatus unverändert. Merkfähigkeit deutlich gebessert, desgleichen ist der Stimmungswechsel seltener, die Desorientierung (Ort und Zeit) besteht noch in gleicher Weise, ebenso die Konfabulation.

Vor der ersten Injektion positive *Wassermann*sche Reaktion im Blut. 5 Wochen nach der zweiten Injektion *Wassermann* im Blut unverändert positiv, im Liquor cerebrosp., der unter mäßig erhöhtem Druck ausströmt, mit 0,1 negativ, von 0,2 an positiv, bei 0,6 stark positiv. Keine Zellvermehrung. *Nonne*, Phase I negativ.

Weiterer Verlauf: Eine dauernde Besserung wurde hinsichtlich der Orchitis erzielt.

Auch ist der Urin frei von Zucker.

Im übrigen bietet Sch. heute noch dasselbe an *Korsakoff* erinnernde Bild. In letzter Zeit tritt wieder größere Reizbarkeit zutage. Möglicherweise wird durch eine kombinierte Behandlung (die Hg-Kur lag 2 Monate zurück) doch noch mehr zu erreichen sein. Übrigens ist vielleicht der geringe Erfolg der antiluischen Kuren darauf zurückzuführen, daß in der Ätiologie auch der Alcohol. abusus eine beträchtliche Rolle spielt.

Ferner veranlaßten uns tertiäre Haut-, Schleimhaut- und Knochenprozesse, die zum Teil auf Jod und Quecksilber nicht genügend reagierten, zur Salvarsaninjektion bei

9. Einem Psychopathen mit Depressionszuständen und Alkoholismus.

H., Hermann, 35 Jahre, cand. med. Aufgenommen am 19. 5. 10.

Anamnese: Lues 1902. 2 Inunktionskuren und Hg-Pillen. In den letzten Jahren Okzipitalneuralgien, abusus alcohol. Neuerdings Depressionszustände und Suizidgedanken.

Status bei der Aufnahme: Acne rosacea (spezifisch?). Tremor der Zunge und Hände, Schleimhautplaques am rechten Mundwinkel, strahlige Narben am rechten Unterarm, luische Geschwüre und schmerzhafte Periostitis luica am rechten Unterschenkel. Depression im Anschluß an die fortwährenden Rückfälle in den Alkoholmißbrauch und wegen der Folgen der Infektion.

Verlauf und Behandlung: Mit Jodkali gelangten die Unterschenkelgeschwüre zur Abheilung, jedoch blieb eine Verdickung des rechten Unterschenkels von 3 cm. Die Okzipitalschmerzen, ebenso die Beschwerden von seiten der Periostitis verschwanden. Patient konnte größere Touren unternehmen und beschäftigte sich regelmäßig mit schriftlichen Arbeiten. Schleimhautplaques unverändert. Mitte August Schmerzen in der Lebergegend ohne Ikterus, die auf Karlsbader Salz zurückgingen.

Am 21. 9. 10 mittags subkutane Injektion von 0,5 E.-H. Unmittelbar geringer Schmerz, der sich abends steigerte (neuralgisch, den Rippen entlang). Zudem Schweißausbruch und Kribbeln im linken Arm (Injektion unter dem linken Schulterblatt). Urindrang bei nicht vermehrter Urinmenge. Leichte motorische Unruhe. Die Temperatur stieg nicht über 37.6. Die Nebenerscheinungen waren am



dritten Tag zurückgegangen, nur das Infiltrat blieb ziemlich schmerzhaft. Am zweiten Tag Plaques subjektiv glatter, nach drei Tagen entschieden kleiner geworden. Abblassen der blauroten strahligen Narben in derselben Zeit. Subjektives Wohlbefinden vom vierten Tage an. Gewichtabnahme 2,5 kg. Nachträglich vorübergehende Entzündung des Stichkanals.

Status vom 30. November 1910: Schleimhautplaques um $^2/_3$ verkleinert. Umfang des rechten Unterschenkels nur noch 1,5 cm größer wie links. Narben deutlich abgeblaßt. Körpergewicht um 4 kg gestiegen. Akne vorübergehend entschieden gebessert. Die Rötung und teigige Schwellung der Nase ist in letzter Zeit wieder aufgetreten, leichtes Ödem und Sekretion, keine Spirochäten. 3 Wochen nach der Injektion Anfälle von Cholelithiasis mit leichtem Ikterus (14 Tage lang). Vor 8 Tagen schmerzhafte Verdickung am Capitul. fibul., die jetzt wieder zurückgegangen ist. Die Okzipitalschmerzen sind zeitweise wieder aufgetreten (spezifische Salvarsanreaktionen?).

Wassermann: vor der Injektion im Blut positiv, 5 Wochen nach der Injektion unverändert.

Weiterer Verlauf: H. wurde nach 3monatiger Pause, da die *Wassermann*sche Reaktion auch bei nochmaliger Untersuchung keine Veränderung zeigte, innerhalb von 2 Wochen dreimal intravenös injiziert. Zuerst mit 0,3, dann zweimal mit 0,6 Salvarsan. Hierdurch konnte eine erhebliche Abschwächung der Blutreaktion erzielt werden. Das Mittel wirkte im übrigen noch weiter auf die lokalen Erscheinungen und als Roborans. Nebenerscheinungen, vor allem Fieber, traten nicht auf, einmal vermehrte Diurese (ohne pathologischen Harnbefund). Pat. war inzwischen entlassen worden und in einem kaufmännischen Geschäft tätig. Erneute Aufnahme am 2. 12. 11. wegen Depressionszustandes mit Suizidgefahr. Von den luischen Affektionen ist nur ein fibröser Rest der Schleimhautplaques noch deutlich. Die Akne ist abgeheilt, ebenso die Periostitis. Okzipitalschmerzen sind nicht mehr aufgetreten.

Waren bei den besprochenen Kranken durchweg klinische Symptome luischer oder metaluischer Prozesse vorhanden, so wies bei den folgenden nur die Anamnese auf eine vorausgegangene Infektion hin. Nach deren Bestätigung durch positive *Wassermann*sche Reaktion im Blut (Liquor dabei in einfachen und steigenden Mengen negativ) unterwarfen wir der Salvarsanbehandlung:

10. Einen Fall von paranoider Demenz (0,6 intravenös).

B., Max, 45 Jahre, Küchenchef. Infektion 1890. 3 Schmierkuren. Krank seit Frühjahr 1911 (Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen). Die bald nach der Injektion erfolgte Entlassung entzog den Patienten weiterer Beurteilung.



11. Einen weiteren Patienten derselben Krankheitgruppe (zweimal 0,3 subkutan).

Sch., Franz, 38 Jahre, Bahnassistent. Infektion 1902. Erkrankt 1906 mit phantastischen Wahnideen und hypochondrischen Vorstellungen. Seit 26. April 1907 zum zweiten Male in der Anstalt. Schmierkur 1908. Die Krankheit blieb unbeeinflußt, ebenso die *Wassermann*sche Reaktion.

12. Einen konstitutionellen Psychopathen (0,3 intravenös).

Dr. Ferdinand C., 39 Jahre, Konsulatsbeamter. Infektion mit 14 Jahren. Regelmäßig mit Hg behandelt. Krank seit April 1911 (psychogene Depressionszustände mit schweren Suizidversuchen). Keine unmittelbare Beeinflussung der Krankheit. Weitere Kontrolle war wegen der Entlassung nicht möglich.

13. Einen weiteren schweren konstitutionellen Psychopathen mit ausgesprochen hysterischen Zügen und hypochondrischen Verstimmungen (0,3 intravenös).

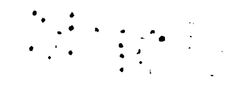
B., Landolin, 26 Jahre, Hilfsarbeiter. Vater Trinker. Infektion 1908. Eine Hg-Kur. Wegen Geisteskrankheit vom Militär als dienstuntauglich entlassen, wurde B., nachdem er wegen Bedrohung angeklagt war, hier exkulpiert. Der psychische Zustand blieb derselbe. Patient, der noch anstaltbedürftig ist, will sich einer nochmaligen Behandlung unterziehen.

Hinsichtlich derartiger Patienten mit klinisch latenter Lues möchte ich hervorheben, daß bei ihnen eine energische Kur, wenn irgend möglich, bis zur Beseitigung der positiven *Wassermann*schen Reaktion vorgenommen werden sollte. Es kommt hier wohl die wirksame kombinierte Anwendung in Betracht. Ob und welche Zusammenhänge zwischen der Geisteskrankheit und der Lues bestehen, ob die Lues tatsächlich als wesentlicher ätiologischer Faktor in Betracht kommt oder der psychischen Affektion zufällig parallel geht, läßt sich in solchen Fällen erfahrunggemäß sehr oft nicht sicher entscheiden. Jedenfalls ist aber die Gefahr einer späteren Paralyse nie zu unterschätzen. Vor nicht langer Zeit kam in hiesige Anstalt ein Patient zur Wiederaufnahme, der früher das typische Bild einer primären Demenz ohne irgendwelche nervösen Ausfallerscheinungen geboten hatte. Die klinische Untersuchung stellte jetzt übereinstimmend mit der serologischen eine beginnende Paralyse fest, bei der wir mit Natr. nuclein. einen deutlichen Erfolg erzielten.



Hier bietet sich auch dem Psychiater, dem das *Ehrlich*sche Mittel nicht so viele Hoffnungen erfüllte, wie den meisten andern Kollegen, Gelegenheit, an der wirksamen Bekämpfung der Lues mitzuarbeiten, besonders im Hinblick auf die möglichste Verhütung einer der schwersten und traurigsten Krankheiten, die seiner Behandlung zugeführt werden.

Zum Schluß sei die praktische Wichtigkeit der *Wassermann*schen Reaktion auch für die Psychiatrie nochmals hervorgehoben, welche es allein gestattet, die wichtigen Fälle latenter Lues zu erkennen. Sie sollte deswegen auch in den Irrenanstalten möglichst allgemein zur Anwendung kommen.





Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

IX. Jahresversammlung des Vereins bayrischer Psychiater in München am 6. und 7. Juni 1911.

1. Sitzungstag.

Dienstag, den 6. Juni 1911.

Die Sitzung findet in dem Hörsaal der psychiatrischen Klinik statt.

Den Vorsitz führen: *Vocke*-Eglfing und *Alzheimer*-München.

Als Schriftführer fungieren: *Brandl*-Eglfing und *Isserlin*-München.

Anwesend sind: *Allers*-München, *Alzheimer*-München, *Ast*-Eglfing, *Bausewein*-München, *Brandl*-Eglfing, *Brodmann*-Tübingen, *Dees*-Gabersee, *Dreschfeld*-München, *Eccard*-Frankenthal, *Ellmann*-Wöllershof, *Fauser*-Stuttgart, *Feldkirchner*-Regensburg, *Fischer*-Prag, *Gaupp*-Tübingen, *Glas*-München, *Gudden*-München, *Herfeldt*-Ansbach, *Hillin Schmid*-München, *Hirt*-München, *Hock, Josef*-Bayreuth, *Hock, Valentin*-Bayreuth, *von Hösslin*-Eglfing, *Horwitz, Kamilla*-München, *Isserlin*-München, *Jahrmärker*, Marburg, *Jakob*-München, *Jenisch*-München, *Kaiser*-Neufriedenheim b. München *Karrer*-Klingenmünster, *Kaufmann*-Werneck, *Kern*-Kennenburg i. Württemberg. *Kleist*-Erlangen, *Knauer*-München, *Köberlin*-Erlangen, *Kolb*-Kutzenberg, *Korte*-Eglfing, *Kraepelin*-München, *Krapf*-Kaufbeuren, *Kundt*-Deggendorf, *Lemberg*-Eglfing, *Levy*-München. *Lößl*-Gabersee, *Mager*-Gabersee, *Marggraff*-Homburg, *Mattern*-Winnental, *Meggendorfer*-München, *Mensburger*-Innsbruck, *Müller, Christian*-München, *Müller*-Dösen, *Nenning*-Eglfing, *Oetter*-Ansbach, *Ossen*-Hall i. Tirol, *Plaut*-München, *Prinzing*-Kaufbeuren, *Pütterich*-Homburg, *Ranke*-Obersendling b. München, *Rehm*-Neufriedenheim b. München, *Renninger*-Regensburg, *Rosental*-München, *Roth*-Landau i. d. Pfalz, *Rüdin*-München, *Schnorr von Carolsfeld*-Obersendling b. München, *Schwarz*-Ansbach, *Schweighofer*-Salzburg, *von Seidlitz*-Tapiau i. Ostpreußen, *Sercko*-München, *Specht*-Erlangen, *Stöckle*-Eglfing, *Storz*-Kutzenberg, *Stransky*-Wien, *Tesdorpf*-München, *Vith*-Erlangen, *Vocke*-Eglfing, *Vogler*-Deggendorf, *Wacker*-München, *Weiler*-München. 76 Teilnehmer.

Vocke-Eglfing eröffnet die Versammlung um 9 Uhr und begrüßt die

Anwesenden. Begrüßungschreiben sind eingelaufen von den Mitgliedern *Würschmidt*-Erlangen und *von Rad*-Nürnberg.

Die Mitgliederzahl des Vereins beträgt 93, gegen 100 im Vorjahre. 2 Mitglieder (*Hofmann*-München und *Eisenhofer*-Bayreuth) hat der Verein durch Tod verloren. Die Versammlung ehrt das Andenken der Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen. 5 Mitglieder sind durch Wegzug ausgeschieden, 1 Mitglied wegen Verweigerung der Beitragsleistung. 1 Mitglied ist zugegangen.

Hierauf erstattet *Brandl*-Eglfing den Rechenschaftsbericht über das Vereinsjahr 1910/11:

Summe der Einnahmen:	894 Mk. 76 Pf.
Summe der Ausgaben:	106 Mk. 47 Pf.
Vermögensbestand:	788 Mk. 29 Pf.

Hiervon wurde ein Teil (600 Mk.) in verzinslichen Papieren angelegt.

Prinzing-Kaufbeuren und *Hock*-Bayreuth prüfen die Rechnung und bestätigen die Richtigkeit derselben.

Vocke-Eglfing berichtet sodann über die Tätigkeit der statistischen Kommission, welcher die Herren *Herfeldt*, *Kraepelin*, *Specht*, *Vocke* angehören, und beantragt im Namen derselben:

„Der Verein wolle beschließen

I. das Kgl. Staatsministerium des Innern zu ersuchen, die Ausfüllung und Vorlage der Jahrestabellen II—X für Irrenanstalten zu erlassen, bis eine zeitgemäße Änderung der Reichsstatistik vorgenommen ist,

II. an den Deutschen Verein für Psychiatrie mit der Anregung einer Änderung der psychiatrischen Reichsstatistik heranzutreten."

Der Antrag wird ohne Debatte einstimmig angenommen.

Der Vorsitzende konstatiert, daß durch die Verordnung vom 4. August 1910 die Gebühren der psychiatrischen Sachverständigen (für die Untersuchung und Beobachtung zum Zwecke der Erstattung eines Gutachtens 5 bis 50 Mk.; für Studium der Akten 10 bis 50 Mk.; für Gutachten über den Geisteszustand einer Person 10 bis 100 Mk.) nunmehr die längst ersehnte Erhöhung erfahren haben, und zwar aus eigener Initiative der Kgl. Staatsministerien der Justiz und des Innern, was der Verein um so mehr dankbar anerkennt.

Vorsitzender bringt endlich eine Eingabe des „Münchener Zentralverbandes zur Bekämpfung des Alkoholismus" zur Kenntnis betreffend die möglichste Beseitigung der geistigen Getränke als Genußmittel aus den Irrenanstalten Bayerns.

Es wird beschlossen, dem Zentralverband mitzuteilen, daß der Verein bayerischer Psychiater seinen Bestrebungen lebhafte Sympathien



entgegenbringt und es für wünschenswert erachtet, daß die Anstaltleiter bei ihren Maßnahmen zur Beseitigung des Alkoholgenusses aus einzelnen Abteilungen oder zur Einführung allgemeiner Abstinenz die Unterstützung ihrer vorgesetzten Behörden finden.

Hierauf erstatten

Kolb-Kutzenberg und *Specht*-Erlangen das Referat über „Einführung der Familienpflege in Bayern."

(Veröffentlicht in der Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie 1911 Bd. VI, Heft 3, S. 274 u. 305).

Diskussion (über beide Referate gemeinsam). — *Kolb* weist den Ausführungen des Konreferenten gegenüber darauf hin, daß Preußen in gewisser Weise durch die Wirkung des Gesetzes 1891 überrascht wurde. Das *Rehm-Kolb*sche Referat 1908 wollte für Bayern dem vorbeugen. — Der geringe Prozentsatz der in Erlangen geeigneten Kranken dürfte z. T. eine Folge des notgedrungenerweise ganz geschlossenen Erlanger Betriebes sein. Ein Beweis ist bis zu einem gewissen Grade der Erfolg *Stamms* in Ilten, der 22% eines ausgesuchten Krankenmaterials aus den Irrenanstalten Hannovers in Familienpflege brachte. — Die Hospitalisierungquote Bayerns ist zurzeit 1 : 700 und wird auf 1 : 550 (in öffentlichen Anstalten) steigen; Ungarn hat bei geringerer Quote über 1000 Familienpfleglinge. Auch bemittelte Kranke sind zuweilen geeignet für Familienpflege. Man hat auch behauptet, Bayern sei für offenen Betrieb nicht geeignet, und doch haben Gabersee und Kutzenberg großen offenen Betrieb. — Im übrigen scheinen *K.* die Ausführungen *Spechts* die Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit der Pflege in der eigenen Familie zu beweisen.

Dees-Gabersee sieht sich genötigt, den Ausführungen *Spechts* in einem Punkte zu widersprechen, nämlich dem Vorschlage, die einschlägige neue Gesetzgebung abzuwarten und dann danach zu handeln. Was die rein ärztliche, psychiatrische Seite betrifft, dürfen wir die Hände nicht in den Schoß legen. Wir müssen, wie *Kolb* sagt, die Bahn für die Familienpflege frei machen. — Pfleglinge für Familien hat Gabersee genügend, aber es fehlt an geeigneten Familien. In Wasserburg lehnt man Geisteskranke ab wegen der dort bestehenden, feuergefährlichen Bauart der Stadt; die in der Umgebung der Anstalt lebenden Bauern sind zumeist wohlhabend und mögen sich mit Geisteskranken nicht befassen. Wie sollen wir nun aber vorgehen? Man hat Pflegerdörfer in Anstalten eingerichtet; diese mögen als Übergangstationen ganz gut sein, nach meiner Meinung ist aber das gar keine Familienpflege, sondern Anstaltpflege. Wenn wir zu einer richtigen Familienpflege kommen wollen, brauchen wir das Pflegepersonal dazu, denn die Pfleger, besonders solche, die mit Pflegerinnen verheiratet sind, sind die wirksamsten Propagandisten für die Irrenpflege,



wenn sie außerhalb der Anstalt in Dörfern oder Märkten frei angesiedelt werden, wenn ihnen rechtzeitig Vorteile gewährt werden, die sie in der Anstalt nicht haben — *Kolb* empfiehlt etwas Ähnliches in seiner Anstalt —, wenn sie z. B. nach einer bestimmten, etwa 10jährigen Dienstzeit — wie in Hessen eingeführt ist — Prämien erhalten, unter Umständen auch ein Häuschen und was man sonst alles noch für gut findet, unter der Bedingung, daß sie freiwillig und gern Kranke in ihre Familie aufnehmen. Ich denke an einfache Handwerker, diese würden dann die besten Verbreiter der Familienpflege sein. Dadurch, daß man die Pfleger in der Anstalt möglichst stabilisiert und ihnen Aufbesserungen — die ihnen ja gegönnt sind — immer wieder in einförmiger Weise gewährt, fördert man die Familienpflege nicht. Wir sind verpflichtet, der Familienpflege näher zu treten, wir werden jedoch ohne geeignete Organisation des Pflegepersonals nichts ausrichten.

Eccard-Frankenthal: Die Herren Referenten haben in erschöpfender Weise alle sozusagen abwägbaren und zahlenmäßig zu belegenden Momente vorgeführt, es gibt aber in dieser wichtigen Frage noch gewisse Imponderabilien, die meines Erachtens nicht ganz außer acht gelassen werden dürfen. Sie sind ethnographischer und sozialer Natur und liegen in dem Charakter der Länder und der Bevölkerung, der vielfachen, durch unsere Umwälzungen auf sozialem Gebiete bedingten Reibungen und Unruhen, und dem veränderten, bewegten Leben, das längst die Grenzen der Großstädte überschritten hat und zum Teil zu einer Charakterveränderung weitester Volkskreise führt. Die Familienpflege verlangt ein gewisses patriarchalisches, autoritätgläubiges, ruhiges Milieu. Ich glaube nicht, daß nur die Armengesetzgebung allein die Ursache ist, daß — mit wenigen Ausnahmen — der Main die südliche Grenze des Paradieses der Familienpflege bildet, und daß nach dem Osten Deutschlands zu die erfolgreichsten Zentren der Familienpflege liegen. 12 Jahre lang habe ich an den, für unsere Verhältnisse ja relativ erfolgreichen Bestrebungen des Herrn Med.-Rats *Karrer* um die Familienpflege teilnehmen können, die Erfolge waren lange nicht der aufgewendeten Mühe entsprechend. Es ist nicht auffallend, daß ich hier von einem Mißerfolge berichten muß auf meinem, vielfach mit der Psychiatrie sich berührenden Gebiete der Familienunterbringung von Zwangszöglingen. Wenn nicht ein deutlicher pekuniärer Erfolg vorhanden ist, sind die Leute nicht zu haben, noch viel weniger, wenn noch etwas Nachsicht und eventuell Unannehmlichkeiten damit verbunden waren. In unserer bewegten, raschlebigen und genußsüchtigen Zeit ist jeder, der nicht mithilft, zu verdienen, der sogar noch Kosten und Mühen macht, ein unwillkommener Gast. So kommt es, daß die Kranken quoad Arbeit ungemein ausgenützt werden. Bessere Leute beteiligen sich überhaupt nicht an der Familienpflege, und wenn ja, so meinen sie, was sie wohl für ein Opfer brächten, und sind äußerst empfindlich. Kurz, das Ende vom Lied war, daß man die Kranken wieder in die Anstalt zurück-



nahm und man sich schließlich sagen mußte, man hätte besser daran getan, sie überhaupt nicht hinauszutun. Außerdem sind der Familienpflege in der Pfalz erschwerend die vielen Kirchweihen, die sich immer über viele Orte der Umgebung in ihrer ungünstigen Wirkung erstrecken, und die Sitte des jedem Hausgenossen liberal zur Verfügung stehenden Haustrunkes. — Alles in allem teile ich den Optimismus beider Herren Referenten nicht, daß die Familienpflege in Bayern einen wichtigen Faktor in der Irrenfürsorge bilden wird. Natürlich halte ich auch nicht die Unterbringung von 2 bis 12 Patienten für einen nennenswerten Faktor.

Müller-Dösen: Die pekuniären Vorteile der Familienpflege bilden nicht ihren wichtigsten Vorzug, sind aber doch nicht so gering anzuschlagen. In Dösen betrug die Ersparnis im vergangenen Jahre bei vorsichtiger Berechnung etwa 70 Pfennig für den Kopf; im ganzen hat die Stadt durch die Familienpflege im Jahr annähernd 20 000 Mk. erspart. — Zu Punkt 23 a der *Kolb*schen Thesen: Ähnlich liegen die Verhältnisse im Königreich Sachsen, wo die Landesanstalten, abgesehen von den nur vorübergehend pflegebedürftigen, heilbaren Kranken, nur die Gefährlichen aufnehmen. Hauptsächlich deshalb hat man sich dort ebenfalls bisher von der Familienpflege nichts versprochen. Jetzt wird der Versuch ernsthaft geplant, und der Erfolg wird für Bayern lehrreich sein. Daß auch bei derartigem Krankenmaterial einige für Familienpflege passende Kranke sich finden, ergibt sich daraus, daß wir in Dösen von Kranken, die aus Landesanstalten dorthin versetzt worden waren, einzelne mit Erfolg in Familienpflege geben konnten. — Zu Punkt 23 b der *K*.schen Thesen: Man könnte auch sagen, daß moderne, offene Anstalten mit ausgedehnter Krankenbeschäftigung der Ausdehnung der Familienpflege hinderlich sind, da dort oft ungern die arbeitenden Kranken abgegeben werden und die Anstalt den Kranken so gute Versorgung bietet, daß die Familienpflege weniger notwendig ist als für veraltete Anstalten. — Die Bevölkerung einer Gegend muß sich erst allmählich an die Familienpflege gewöhnen; deshalb ist es nicht verwunderlich, wenn man zuerst jahrelang nicht weiter kommt. Auch in Gardelegen war die Entwicklung so. Die Familienpflege verbreitet sich am besten dadurch, daß Nachbarn und Bekannte der Pflegefamilien durch eigene Anschauung Lust und Interesse daran gewinnen. Die Tatsachen sprechen dagegen, daß die Familien die Gegenwart der Kranken so unangenehm empfinden. Dann würden sie auch die Kranken nicht behalten und würden nicht immer mehr sich dazu drängen, trotzdem ihnen die Schwierigkeiten vorher gesagt werden. Unrichtig ist es, daß ärztliche Aufsicht den Familien unerträglich wird. Wo es so ist, da liegt es am Arzt und an der Methode. Es ist nicht so schwer, ein freundliches Verhältnis zu den Familien zu halten. Wenn in Bayern bei der ländlichen Bevölkerung besondere Schwierigkeiten bestehen, so empfiehlt es sich kleine Städte zu wählen, da finden sich passende Familien. Gute Erfahrungen haben wir mit früheren Pflegerinnen gemacht, denen 3 bis 4

Kranke gegeben wurden. Wenn es möglich ist, soll man die Großstadt für Familienpflege nicht wählen. Die klinische Beobachtung der Kranken ist in der Familienpflege eher erleichtert, da der Arzt bei den, freilich selteneren, Besuchen viel besser über die Kranken unterrichtet wird.

Kundt-Deggendorf glaubt, daß die Zahlenangaben *Kolb*s über die in den bayrischen Irrenanstalten in offenen Abteilungen verpflegten Kranken zu Mißverständnissen über das Maß der freien Behandlung in bayerischen Anstalten überhaupt führen könnten. Die alten Anstalten, wie Deggendorf, haben keine offenen Abteilungen, gleichwohl kann eine freie Behandlung in großem Umfange stattfinden. In Deggendorf z. B. fährt eine erhebliche Anzahl von männlichen und weiblichen Kranken mit der Eisenbahn auf das Kreisgut und ist dort täglich von früh bis abends beschäftigt. — Bezüglich des Umfanges der einzuführenden Familienpflege spielt aber doch die Krankheitform eine bedeutende Rolle. Die Fälle, zu denen die Mehrzahl der Uchtspringer Familienpfleglinge gehört, sind z. B. in Niederbayern satzungmäßig von der Aufnahme in die Kreisirrenanstalt ausgeschlossen.

Karrer-Klingenmünster spricht von den von ihm in den Jahren 1896—1908 mit Familienpflege gemachten Erfahrungen. Dieselben führen ihn zu dem Schlusse, daß die Familienpflege möglich ist, daß aber allgemeine Sätze, die für alle Anstalten gelten sollen, nicht aufgestellt werden können, da die Lage der Anstalten mit ihrer umgebenden Bevölkerung und deren Charaktereigenschaften zu verschieden sind. Nach seinen Erfahrungen begegnen einer erfolgreichen Erweiterung der Familienpflege in der Pfalz zurzeit noch sehr große Schwierigkeiten.

Vocke-Eglfing: Bei uns scheiterte die Einführung der Familienpflege bei Pflegerfamilien an dem Widerstand der Kranken und der Pfleger. Die Kranken zogen die Kost, die ihnen liebgewordene Beschäftigung und die Geselligkeit in der Anstalt vor, falls man sie nicht nach Hause entlassen wolle. Die Pfleger wollten von einer Familienpflege, die ihnen Verantwortung aufbürde und die häusliche Intimität störe, nichts wissen. Wenn sie vom Dienst heimkämen, möchten sie Ruhe und nicht wieder mit Kranken zu tun haben.

Müller-Dösen bemerkt zu den Ausführungen *Kundt*s: Das Verhältnis der Krankheitformen der Uchtspringer Familienpflege erklärt sich zum Teil aus dem dortigen Anstaltmaterial, welches hauptsächlich aus Epileptikern und Schwachsinnigen besteht. In Dösen ist der Prozentsatz der Dementia praecox in der Familienpflege annähernd ebenso hoch wie der der Imbezillität.

Prinzing-Kaufbeuren: Wir dürfen Herrn Kollegen *Kolb* dankbar sein, und ich empfinde es als ein Bedürfnis, ihm dies auszusprechen, daß er die ideale Seite der Frage in den Vordergrund gestellt und einen energischen Appell an unsere Mitarbeit bei der Einführung der Familienpflege in Bayern gerichtet hat. Mögen die Schwierigkeiten noch so groß sein,



so dürfen wir doch hoffen, über dieselben hinwegzukommen, wenn wir mit einer gewissen Begeisterung an die neue Aufgabe herangehen und die freiheitliche Entwicklung unserer Anstalten mit allen Kräften zu fördern suchen. Es ist meine feste Überzeugung, daß in dieser Beziehung noch viel geschehen kann, und daß jetzt noch in manchen Fällen — ich denke vor allem an gewisse Stadien der Dementia praecox — die geschlossene Anstalt, statt fördernd, schädigend auf das Befinden unserer Kranken einwirkt. Großen Erfolg verspreche ich mir von der Mitarbeit unserer jüngeren Kollegen, denen sich dadurch ein dankbares Feld selbständiger Tätigkeit eröffnet.

Kolb bemerkt in seinem Schlußwort gegenüber den Ausführungen *Müllers*-Dösen, daß 3 bis 4 Kranke in einer Familie doch nicht ganz unbedenklich seien. Die Geisteskranken werden stets einen geringeren Prozentsatz der Plätze der Familienpflege besetzen als die Imbezillen und Idioten.

Nach beendigter Diskussion frägt *Kraepelin*-München an, ob nicht über den in den *Kolb*schen Leitsätzen enthaltenen Antrag abgestimmt werden soll.

Der Vorsitzende glaubt nicht, daß eine Abstimmung gewünscht wird (Zustimmung *Kolbs*).

Hierauf folgte eine einstündige Pause, während welcher in dem Garten der psychiatrischen Klinik ein gemeinsames Frühstück eingenommen wurde.

Nach der Pause beginnt die Reihe der Vorträge.

Fischer-Prag: Über den spongiösen Rindenschwund (mit Demonstration).

F. demonstriert Photogramme und Mikrophotogramme von Gehirnen, in denen er den spongiösen Rindenschwund vorfand, und bespricht an der Hand derselben dessen histologischen Entwicklungsgang. Er fand den Prozeß bei 17 Fällen und zwar erstens bei Paralysen und Senilen; als mikroskopisch kleine Herdchen bei gewöhnlichen Paralysen und Presbyophrenien, und als größere Herde bei *Lissauer*-Paralysen und Senilen mit Herdatrophien, wobei die „Herde“ durch den spongiösen Rindenschwund hervorgerufen sind. Dann fand sich derselbe Prozeß bei einem Tabiker und Fällen von präseniler Demenz, in welchen ein oder beide Stirnlappen so destruiert waren. Nach *F.* ist dieser Prozeß von den anderen atrophischen Prozessen verschieden, ist etwas, was zur Paralyse resp. der senilen Hirnatrophie sekundär zutritt und wahrscheinlich durch ein Toxin verursacht wird. Gefäßerkrankungen konnten als Ursache ausgeschlossen werden.

(Der Vortrag erscheint in der Zeitschr. f. d. gesamte Neurol. u. Psychiatrie.)

Diskussion. — *Stransky*-Wien findet in den demonstrierten Bildern besonders interessant die anscheinende Diskontinuität der Faserveränderungen; man könnte an ähnliche Befunde *Marburgs* bei der sog. akuten multiplen Sklerose denken. Am peripheren Nerven sind solche diskontinuierliche Erkrankungen gerade auf toxischer Basis nicht selten, sie gestatten bekanntlich Restitution; vielleicht könnte man also daran denken, daß die klinischen Remissionen mit derartigen anatomischen Reparaturprozessen korrespondieren.

Alzheimer-München hält den spongiösen Rindenschwund verursacht durch plötzlichen Untergang großer Mengen nervösen Gewebes in mehr oder minder umschriebenen Gebieten der Hirnrinde. Er findet sich besonders bei der *Lissauer*schen Paralyse, dann, wenn mit einem Schlag schwere Rindenausfälle eingetreten waren, weniger, wenn sie erst langsam nach verschiedenen Insulten sich ausbildeten, wo man dann meist nur einfache Zellausfälle findet. Die Gliawucherung ist eine sekundäre Folge. Im Mark findet man reichlich gliogene Körnchenzellen. Man kann sich heute kaum eine andere Erklärung machen, wie die, welche *Fischer* heranzieht.

Fischer-Prag (Schlußwort) glaubt, daß er den spongiösen Rindenschwund doch als einen selbständigen Prozeß ansehen müsse, eben deswegen, weil derselbe nicht nur bei der Paralyse, sondern auch bei Senilen vorkommt und überdies auch bei Gehirnen, die sonst außer dem Rindenschwund keine besondere Veränderung zeigten. Nur meint *F.*, daß es möglich ist, daß das hier wirkende hypothetische Toxin in den verschiedenen Erkrankungen verschiedener Provenienz sei.

Stransky-Wien: Rückwirkungen der forensischen auf die klinische Psychiatrie.

Vortr. betont, daß die forensische Psychiatrie nicht bloß angewandte Psychiatrie sei, sondern auch ihrerseits rückwirkend der Klinik wichtige Erfahrungen und Kenntnisse vermittle; es bezieht sich dies keineswegs etwa bloß auf die großen, wichtigen, schwierigen Fälle oder die im engeren Sinne „kriminellen“ Störungsformen, sondern es sei gerade das oft unscheinbare forensische Alltagmaterial, dessen Betrachtung nicht selten interessante, auch der Klinik zugute kommende Ergebnisse zu liefern scheine. Vortr. betrachtet überhaupt gründliche forensische Erfahrung als eine durchaus notwendige Ergänzung der klinischen und Anstaltpraxis für den Psychiater.

Vortr. illustriert seine Anschauungen durch den Hinweis auf einige konkretere Fragestellungen, die sich ihm ganz besonders in seiner forensischen Praxis ergeben haben. So liefert uns diese interessante Beiträge zur Kenntnis der Vielgestaltigkeit des Individualcharakters und scheint zu zeigen, daß Persönlichkeitsgeltung, second état und Verwandtes nähere Beziehungen zu haben scheinen zu Erscheinungen, die sich an der Grenze



des noch normalen Seelenlebens gar nicht so selten finden. Schon die psychologische Erfahrung zeigt, wie — etwa in starken Affekten — nicht selten eine Art zweiter, gegenüber der habituellen als mehr minder fremd gefühlter und gearteter Reaktionsart temporär mobilisiert wird, die sonst latent bleibt; forensisches Material ganz besonders tut uns dar, daß insoweit der Alkohol — auch wo er nicht gerade einen eigentlich pathologischen Rausch erzeugt — im nämlichen Sinne nicht so ganz selten bahnend wirkt. Vortr. glaubt und führt dies näher aus, daß hier vielleicht Brücken sich schlagen lassen zum Verständnis viel schwererer Bewußtseinsveränderungen, wie jener in Dämmerzuständen.

Weiter weist Vortr. darauf hin, wie ihm das forensische Material auch nicht wenige Belege lieferte für den psychoataktischen Grundzug im Wesen der Schizophrenien; gerade das Delinquieren solcher Kranker kennzeichnet sich nicht selten durch etwas Plötzliches, Unabgemessenes, Unberechenbares, ja Raptusartiges, die Delikte erscheinen daher oft unerwartet, unbegreifbar.

Auf andere Detailfragen einzugehen, insbesondere die simulierten Geistesstörungen betreffend, versagt sich der Vortr. aus zeitlichen Gründen.

Ausführliche Veröffentlichung wird in Bälde erfolgen.

Keine Diskussion.

Kleist-Erlangen: Die klinische Stellung der Motilitätspsychosen.

Wernicke bezeichnet seine Motilitätspsychosen als Krankheiten. Aus seiner eigenen Darstellung geht aber hervor, daß sie nicht Krankheiten im Sinne einer nach Merkmalen der Entstehung, des Verlaufs und Ausgangs eigenartig bestimmten Krankheitart sind wie z. B. die progressive Paralyse. Die von *Wernicke* geschilderten Motilitätspsychosen sind vielmehr in Wirklichkeit nur Zustandbilder, die bei den verschiedensten Krankheitarten vorkommen. *Wernicke* spricht selbst von Motilitätspsychosen hebephrenischer Ätiologie, von Motilitätspsychosen auf paralytischer, epileptischer, hysterischer Grundlage.

Es fragt sich aber, ob wir jeden einzelnen Fall psychischer Erkrankung, der unter dem Bilde einer der *Wernicke*schen Motilitätspsychosen verläuft, einer der bisher bekannten Krankheitarten einordnen können. Nach Abzug derjenigen Fälle, die der Katatonie (katatonische Form der Dementia praecox *Kraepelins*), der Paralyse, der Hysterie, der Epilepsie, den toxischen und infektiösen Psychosen angehören, bleibt noch ein beträchtlicher Rest übrig, und zwar sind das gerade besonders charakteristische „Motilitätspsychosen“: z. B. die heilbaren menstruellen und puerperalen hyperkinetischen Motilitätspsychosen. Wer ein manisch-depressives Irresein in der erweiterten Fassung von *Dreyfus*, *Specht*, *Wilmanns* anerkennt, vermag auch diesem Rest der Motilitätspsychosen



seinen Platz anzuweisen. Die betr. Fälle können nicht nur, sondern müssen dann dem manisch-depressiven Irresein eingereiht werden. Denn diese Restfälle teilen mit den manisch-depressiven Erkrankungen die endogene Grundlage; der einzelne Krankheitanfall entsteht autochthon und geht in Heilung aus, ebenso wie es wenigstens für die Mehrzahl der manisch-depressiven Psychosen angegeben wird. Häufig wiederholen sich diese Motilitätspsychosen, z. T. in periodischer Weise — alles wie beim manisch-depressiven Irresein.

Den zirkulären Fällen des manisch-depressiven Irreseins würde *Wernicke*s zyklische (hyperkinetisch-akinetische) Motilitätspsychose entsprechen. Vor allem sprechen aber folgende Gründe für die Zugehörigkeit jenes Restes von Motilitätspsychosen zum manisch-depressiven Irresein: nicht selten machen dieselben Menschen, die eine Motilitätspsychose überstehen, zu anderen Zeiten ihres Lebens eine echte Manie oder Melancholie durch; die Motilitätspsychose selbst wird öfters eingeleitet oder abgeschlossen durch einen reinen manischen oder melancholischen Symptomenkomplex; während der Dauer der Motilitätspsychosen selbst finden sich öfter neben den spezifisch motorischen Symptomen manische oder depressive Einzelsymptome und Syndrome; mit Hilfe der manisch-depressiven Mischzustände endlich dürfte es in jedem Fall gelingen, die betr. Motilitätspsychose für das manisch-depressive Irresein zu gewinnen.

Die Frage nach der klinischen Stellung der Motilitätspsychosen wäre damit gelöst. Der Vortr. kann jedoch in dieser Lösung nur eine Scheinlösung sehen, da das erweiterte manisch-depressive Irresein selbst nicht als eine der progressiven Paralyse vergleichbare, nach Merkmalen der Entstehung, des Verlaufs und Ausgangs bestimmte Krankheitart anerkannt werden kann.

Es zeigt sich bei einer kritischen Betrachtung des erweiterten manisch-depressiven Irreseins, die der Vortr. im Anschluß an die Streitfrage der akuten Paranoia angestellt hat (Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie V 3), daß die dem erweiterten manisch-depressiven Irresein zugerechneten Erkrankungen weniger in Merkmalen der Entstehung, des Ablaufs und Ausgangs übereinstimmen, als auf Grund ihrer symptomatologischen Übereinstimmung in den sog. manisch-depressiven Symptomen zusammengefaßt werden. Die symptomatologische Übereinstimmung zweier Krankheitfälle beweist aber nichts für die Wesensgleichheit der ihnen zugrunde liegenden Krankheitarten.

Die klinische Stellung der dem manisch-depressiven Irresein zugerechneten Erkrankungen bedarf nicht weniger noch der Klärung als die der Motilitätspsychosen.

Der Vortr. verfügt über etwa 50 Motilitätspsychosen, die sicher nicht der Katatonie (Dementia praecox), der Hysterie, Epilepsie u. a. unbestrittenen Krankheitarten angehören. Auch die im Puerperium und in der Laktation entstandenen Erkrankungen sind, da toxische Faktoren



möglicherweise bei ihnen eine Rolle spielen, außer Betracht gelassen. Alle diese Psychosen entstanden weder aus exogenen Ursachen, noch als Reaktionen auf tiefbewegende seelische Erlebnisse. Sie gingen sämtlich in Heilung aus, die bisher anhielt. Diese Motilitätspsychosen sind daher endogene Psychosen, Erscheinungen einer abnormen, in autochthonen Schwankungen sich äußernden Konstitution auf einem Teilgebiet der psychischen Funktionen, eben in der psychomotorischen Sphäre.

Nach ihrem Symptomenbilde und der Verlaufsweise der einzelnen Erkrankung lassen sich diese Fälle in 4 Gruppen teilen:

1. Rekurrierende hyperkinetische Motilitätspsychosen (fast die Hälfte der Fälle): Erkrankungen, die aus mehreren, rasch aufeinanderfolgenden psychomotorischen Erregungszuständen bestehen; bei Frauen fallen die einzelnen Schübe gewöhnlich mit der Menstruation zusammen.

2. Protrahierte psychomotorische Erregungen: Länger dauernde kontinuierliche, nicht in eine Serie von einzelnen Anfällen gegliederte Erkrankungen.

3. Zyklische Motilitätspsychosen: Auf einen kürzeren Erregungszustand folgt eine längere akinetische Krankheitphase.

4. Akinetische Motilitätspsychosen: Meist langdauernde psychomotorische Stuporzustände.

Bei mehr als einem Drittel der Fälle treten die psychomotorischen Schwankungen zu wiederholten Malen auf — dabei in erdrückender Überzahl in derselben Form. Die rekurrierenden Erregungszustände stehen weitaus an erster Stelle, sowohl hinsichtlich der Zahl der wiederholt Erkrankten, als in bezug auf die Zahl der Krankheitanfälle beim einzelnen Kranken. Diese Tatsachen zeigen besonders deutlich, daß es sich bei den an Motilitätspsychosen psychisch Erkrankenden um eigenartige abnorme Veranlagungen handelt, sowohl hinsichtlich der Örtlichkeit (psychomotorische Sphäre) wie hinsichtlich der Art der abnormen Disposition.

Ob man die psychomotorisch-labilen Konstitutionen als eine besondere Art abnormer seelischer Konstitutionen anerkennen soll, hängt aber wesentlich davon ab, ob die betr. Kranken ausschließlich oder doch in überwiegendem Maße psychomotorische Symptome bieten, oder ob noch andere Symptome auftreten und die Eigenart des Krankheitbildes verwischen. Es wird ohne weiteres zugegeben, daß jede Motilitätspsychose auch nichtmotorische Symptome enthält, wodurch aber das eigenartige psychomotorische Gepräge der Fälle nicht verwischt wird.

Beschränkt man sich auf die besonders wichtige Frage nach dem Vorkommen manischer und melancholischer Symptome bei den Motilitätspsychosen, so ergibt sich, daß $^1/_6$ der Fälle vor oder nach der Motilitätspsychose eine Manie oder Melancholie durchgemacht hat, daß bei $^2/_5$ der Kranken die Motilitätspsychose selbst durch ein manisches oder melancholisches Stadium eingeleitet oder abgeschlossen wurde. Nur 3 Kranke



dagegen boten während der Motilitätspsychose selbst neben den spezifisch-motorischen Symptomen noch rein manische bzw. melancholische Symptomenkomplexe. Am größten ist die Selbständigkeit gegenüber den manisch-depressiven Symptomenkomplexen bei den rekurrierenden Erregungszuständen, am geringsten bei den protrahierten Erregungen. Die Tatsache, daß in einer Anzahl von Fällen psychomotorische und manische bzw. melancholische Symptomenkomplexe vorkommen, weist darauf hin, daß bei diesen Menschen nicht ausschließlich die psychomotorische Sphäre abnorm veranlagt ist, sondern noch andere Funktionenkomplexe (der manische, der melancholische Komplex) autochthon-labil sind. Diese Verbindung mehrerer Konstitutionsanomalien bei einem und demselben Menschen ist nur ein Beispiel für die bekannte Tatsache, daß konstitutionell Abnorme häufig nicht nur auf einem Gebiet, sondern gleichzeitig in mehreren Richtungen abnorm veranlagt sind.

Der Vortr. kommt zu folgendem Ergebnis: Die Aufstellung einer besonderen Gruppe der auf psychomotorischem Gebiet autochthon-labil Veranlagten erscheint begründet. Die betr. Krankheitfälle umfassen den Rest der Motilitätspsychosen *Wernicke*s, der nach Abzug der katatonisch Präcocen, der psychomotorischen Erregungs- und Hemmungszustände im Verlaufe der Paralyse, der Epilepsie u. a. übrig bleibt. Der Vortr. empfiehlt den als Ausdruck der gekennzeichneten abnormen Veranlagung auftretenden Psychosen den Namen Motilitätspsychosen vorzubehalten, die Bezeichnung Katatonie nur für die unter motorischen Symptomen verlaufende Form der Frühverblödung zu gebrauchen und bei anderen psychomotorisch gefärbten Krankheitbildern nicht — wie *Wernicke* tat — z. B. von einer Motilitätspsychose auf paralytischer Basis, sondern z. B. von einem psychomotorischem Erregungszustande im Verlaufe einer Paralyse zu sprechen.

Diskussion. — *Gaupp*-Tübingen weist zunächst darauf hin, daß die Mehrzahl der Motilitätspsychosen bei *Wernicke* wohl zweifellos katatonische Zustände umfaßte und nur eine kleine Gruppe zum manisch-depressiven Irresein zu rechnen war, wie er aus eigener Erinnerung weiß. Hierin unterscheidet sich also die heutige Auffassung *Kleist*s in bemerkenswerter Weise von *Wernicke*s Anschauungen. *Gaupp* betont ferner, daß eben die von *Kleist* selbst zugegebene Tatsache, daß nicht selten Manien in „Hyperkinese" übergehen oder aus ihr mit dem Nachlaß der Krankheit hervorgehen (ebenso umgekehrt bei Depression und „Akinese") gegen die Selbständigkeit einer Krankheit „Motilitätspsychose" im Sinne *Kleist*s spreche. Vom klinischen Standpunkt ist die Annahme, daß eine Manie mit zunehmender Erregung zur Hyperkinese werde, abzulehnen, so anerkennenswert auch die exakte Analyse des jeweiligen Zustandbildes sei.



Jahrmärker-Marburg: Die bearbeiteten Fälle entbehren der Beweiskraft aus einem Grunde, welchen der Herr Vortr. selbst angeführt hat: es war nicht möglich, die Konstitution der Kranken in genügender Weise klarzustellen; primäre und sekundäre Krankheitbilder können nicht ausreichend unterschieden werden. Bedeutsam erscheint dies insbesondere wegen der zweifellosen Zugehörigkeit mancher solcher Fälle zur Schizophrenie, bei welcher Genesung sehr oft zu Unrecht angenommen wird. Die Aufstellung einer selbständigen Krankheit auf Grund der bearbeiteten Fälle dürfte sich nicht rechtfertigen.

Stransky-Wien möchte sich den Bemerkungen *Gaupp*s und *Jahrmärkers* anschließen. Auch er möchte glauben, daß sehr Vieles von den Fällen *Kleists* Dementia praecox ist; viele solcher Fälle dürften doch endlich verblöden. *Str.* kann auch nicht zustimmen, wenn *Kleist*, wie er wenigstens verstanden zu haben glaubt, Ideenflucht als manisches oder Verstimmungen als melancholisches Zeichen ansieht. Auch hebephrenischer Wortsalat enthält ideenflüchtige Elemente, und depressive Verstimmung ist anscheinend überhaupt eine verbreitete Reaktionsart der Psyche auf Schädlichkeiten, z. B. im Beginn von Körperkrankheiten, gewiß also noch kein manisch-depressives Symptom. *Str.* warnt davor, die großen synthetischen Krankheitbegriffe, die wir *Kraepelin* verdanken, allzu vorschnell nach symptomatologischen Begriffen zu zersplittern.

Schluß der 1. Sitzung 4 Uhr nachmittags.

2. Sitzungstag: Mittwoch, den 7. Juni 1911.

Zu Beginn der Sitzung teilt der Vorsitzende *Vocke*-Eglfing mit, daß die nächstjährige Versammlung Anfang Mai in Regensburg stattfinden und mit ihr ein Besuch der neuen Anstalt in Wöllershof verbunden werden soll.

Als Referat für die nächstjährige Versammlung wird vom Vorsitzenden vorgeschlagen: Psychiatrische Jugendfürsorge; Referenten die Herren *Gudden* und *Isserlin*-München; als Referat für die 1913 in München tagende Versammlung: Die paranoiden Erkrankungen; Referenten die Herren *Stransky*-Wien und *von Hösslin*-Eglfing.

Bei der darauf folgenden Vorstandwahl wird die bisherige Vorstandschaft durch Akklamation wiedergewählt.

Der Mitgliederbeitrag für das kommende Vereinsjahr 1912 wird wieder auf drei Mark festgesetzt.

Kraepelin: Krankenvorstellungen.

Kraepelin stellt zunächst einen Fall von *Alzheimer*scher Krankheit vor, eine Frau von 60 Jahren, die seit 12 bis 13 Jahren allmählich in einen Zustand tiefster Verblödung mit leichten spastischen Erscheinungen an Armen und Beinen und einem eigentümlichen Zerfall der Sprache



geraten war. Die Äußerungen der ziemlich redseligen Kranken stellten ein unverständliches Gemisch von einzelnen wirklichen Worten mit sinnlosen, perseverierenden, logoklonischen und echolalischen Silben dar. Zugleich konnte das deutlich atrophische Gehirn eines ganz ähnlichen Kranken gezeigt werden, der zufällig am Tage vorher an einer Lungenentzündung gestorben war. Es war der erste Fall, in dem schon bei Lebzeiten die Diagnose der *Alzheimer*schen Krankheit gestellt worden war; die sofort vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergab den kennzeichnenden Befund.

Weiterhin wurde ein 30jähriges Mädchen gezeigt, das seit 4 Jahren, anfangs unter deliranten Erscheinungen, mit Gesichts- und Gehörstäuschungen und Verfolgungsideen stark verblödet war und außer ganz leichten, jetzt wieder verschwundenen spastischen Erscheinungen in den Beinen eine ausgeprägt skandierende Sprache aufwies. Der Fall, der im Beginne den Verdacht auf multiple Sklerose erwecken konnte, wurde wegen der weitgehenden, euphorischen Verblödung sowie wegen des Fehlens von Augenstörungen und Anfällen vorläufig in das noch dunkle Gebiet der lobären Sklerose eingereiht. Die *Wassermann*sche Reaktion war hier wie im folgenden Falle negativ.

Die dritte, 30jährige Kranke litt seit ihrem 16. Jahre an epileptischen Anfällen, die sich in Pausen von einigen Wochen wiederholten. Auch sie war ganz tief verblödet, unklar, kaum fähig, die einfachsten Fragen aufzufassen und zu beantworten. Dazu kamen eine eigentümlich logoklonisch-perseverierende Sprachstörung, Paragraphie und Andeutungen von Parapraxie. Dem zunächst an Epilepsie erinnernden Krankheitbilde dürfte deswegen wahrscheinlich doch ein andersartiger ausgebreiteter Krankheitvorgang zugrunde liegen. Zeitweise wurde an die Möglichkeit einer tuberösen Sklerose gedacht, doch scheint das Alter bei Beginn der Erkrankung dagegen zu sprechen.

Der letzte Kranke war ein jugendlicher Paralytiker, der schon seit den ersten Lebensjahren eine erhebliche geistige Schwäche gezeigt hatte, aber erst seit einigen Jahren die kennzeichnenden Störungen der Paralyse darbot. Er war seit 1½ Jahren, anfangs unregelmäßig, im letzten ½ Jahre ganz planmäßig mit Einspritzungen von nukleinsaurem Natron behandelt worden. Es konnte eine deutliche psychische Besserung, Abnahme der zeitweise sehr häufigen Anfälle und gute körperliche Erholung festgestellt werden, wenn auch deren Zusammenhang mit der Behandlung einstweilen nicht behauptet werden kann.

An der Diskussion beteiligen sich die Herren ***Fischer***-Prag, *Specht*-Erlangen, ***Eccard***-Frankental, ***Alzheimer***-München, ***Stransky***-Wien.

In Anbetracht der vorgerückten Zeit werden die Vorträge der Herren *Fauser*-Stuttgart, ***Jakob***-München: „Die feinere Histologie der sekundären Degeneration“, und ***Alzheimer***-München: „Beiträge zur Anatomie der Idiotie“ zurückgezogen.



Der Vortrag *Göring*-Merzig und *Plaut*-München: „Erhebungen über Paralytikerfamilien" fällt aus, da Herr *Göring*-Merzig an der Teilnahme an der Versammlung verhindert ist.

Es folgt dann

von Hösslin-Eglfing: Klinischer und anatomischer Beitrag zur Lehre von der *Westphal-Strümpell*schen Pseudosklerose.

Nach einem kurzen Überblick über die Symptomatologie der Pseudosklerose und die Differentialdiagnose namentlich gegenüber der multiplen Sklerose berichtet Vortr. eingehend über einen Fall eigener Beobachtung. Die intra vitam gestellte Diagnose einer multiplen Sklerose wurde durch die Sektion nicht bestätigt, vielmehr handelte es sich tatsächlich nach den klinischen Erscheinungen, insbesondere den psychischen Symptomen, die der Kranke darbot, um einen Fall von Pseudosklerose im Sinne der *Westphal-Strümpell*schen Krankheit. Die histologische Untersuchung (Prof. *Alzheimer*) ergab einen bisher noch nirgends beschriebenen, eigenartigen Befund. Die nervösen Elemente des Gehirns und Rückenmarkes waren nur geringfügig verändert, dagegen zeigte die Glia diffuse, außerordentlich schwere Veränderungen, besonders hochgradig im Corpus striatum, dem Thalamus opticus, der subthalamischen Region, in den Kernen der Brücke und Medulla, sowie im Corpus dentatum des Kleinhirns. Die Art und Lokalisation der pathologischen Erscheinungen machten die Annahme wahrscheinlich, daß es sich bei der Pseudosklerose um ein in seiner Anlage pathologisches Zentralnervensystem handelt, das später einem fortschreitenden Degenerationsprozeß verfallen ist.

Keine Diskussion.

Rüdin-München: „Zur Frage der gleichartigen Vererbung bei Dementia praecox" (mit Projektionen).

Der Vortrag erscheint im Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

Keine Diskussion.

A. Knauer-München: „Psychologische Untersuchungen über den Meskalinrausch."

Die mexikanischen Indianer bereiten aus einer Kaktuspflanze, Anhalonium-Lewinii, eine Droge, Pellote oder Meskal genannt, deren Genuß einen eigenartigen Rauschzustand mit Sinnestäuschungen, vornehmlich Visionen, erzeugt.

Englische Forscher (*Prentiss* und *Morgan, Weir Mitchell, Eshner* u. a.) haben schon in den 90er Jahren mit dem Produkte Versuche angestellt. *Heffter* hat später nachgewiesen, daß die Sinnestäuschungen durch ein



Alkaloid „Meskalin" hervorgerufen werden. Der Körper ist als schwefelsaure Verbindung in warmem Wasser löslich und läßt sich subkutan injizieren.

Knauer und *Maloney* haben mit diesem Salze an 9 Ärzten eine Reihe von Versuchen angestellt und den erzeugten Rauschzustand mit Methoden der experimentellen Psychologie studiert. Injiziert wurden Dosen von 0,15 bis 0,2. Das äußere Bild der Intoxikation ist weit mehr, wie z. B. der Alkoholrausch, sehr vielgestaltig, wechselt nicht nur von Person zu Person, sondern fällt auch bei der gleichen Person zu verschiedenen Zeiten oft ganz anders aus; die ersten Erscheinungen pflegen sich etwa 3/4 Stunden nach der Injektion einzustellen. Den Beginn bildet meist eine bald vorübergehende leichte Nausea. Nun folgt in der Regel ein hypomanisches Stadium mit Rede und Bewegungsdrang. Die Stimmung ist meist gehoben. Einzelne Personen geraten sogar in eine eigentümliche clownartige, alberne, läppische Lustigkeit. Andere zeigen an Stelle der heiteren Stimmung eine schwer zu meisternde Gereiztheit, der sich von Zeit zu Zeit eine gewisse ängstliche Unruhe hinzugesellt, oder die sich auch in einen für den Untersucher unangenehmen Zustand von Negativismus verwandeln kann. Im allgemeinen aber bleiben die Versuchspersonen besonnen und fügsam. Bald stellen sie selbst mit Überraschung fest, daß sie alle Farben und Konturen plötzlich viel leuchtender und schärfer sehen, wie im gewöhnlichen Leben. Diesem Stadium folgt in der Regel eine eigentümliche, allmählich zunehmende Einengung des Bewußtseins, ohne daß dessen Klarheit entsprechend leidet; die Stimmung wird zugleich weicher und schlaffer. Der Berauschte gibt seine expansiven Neigungen auf, wird willenlos, muß zu allem angetrieben werden. Jetzt stellen sich bei den meisten Versuchspersonen im Dunkeln kaleidoskopartig wechselnde Gesichtsbilder ein, Linien, Teppichmuster und Blumenmuster, Ornamente, Schnitzereien, Windmühlen, Gewölbe und Kuppelbauten, panoramaartige Landschaften, menschliche und tierische Gestalten, oft von unnatürlichem puppenartigen Aussehen, schließlich auch ganze Szenen und verwickelte zusammenhängende Handlungen. Die Bilder sind zum größten Teil plastisch, scharf konturiert, vielfach sehr lebhaft koloriert. Sie sind alle in ein inneres Gesichtsfeld von konstanter Ausdehnung eingepaßt, können aber durch Verrückung von vorn nach hinten und umgekehrt an Übersichtlichkeit gewinnen oder vergrößert werden. Die Bilder gehen ohne Lücken fließend ineinander über. Die einfacheren Muster wechseln meist sehr rasch untereinander ab. Die Bilder hängen alle durch gewisse äußere Ähnlichkeiten in Form und Farbe zusammen. Änderungen in den stereoskopischen Merkmalen vollziehen sich besonders oft durch immer rascher werdende Drehbewegungen. Der Drehpunkt scheint mit der Erhöhung der Geschwindigkeit immer weiter zurückzuweichen, so daß schließlich der Eindruck eines rotierenden Trichters entsteht, in dem sich nun weitere Wandlungen vollziehen, Grotten, Gewölbe, Panoramen

u. a. formiert werden. Verhältnismäßig selten sind die Bilder auch innerlich untereinander verwandt, so daß man von einer inneren Assoziation als Bindeglied sprechen kann. Manchmal ändern sich die Bilder in zwei und mehr Richtungen. Das Ergebnis ist dann eine ganz wirre Kontamination von Elementen verschiedenartiger Bilder. Vielfach bewegen sich die Bilder auch ruckweise vor dem Beschauer vorbei. Damit mag das häufige Auftreten von Treppenstufen, Reihen hintereinander marschierender Soldaten und Ähnliches zusammenhängen. Sehr merkwürdige Beziehungen zeigen die Bilder zu den peripheren Netzhautnachbildern. Sie sind sicher von diesen verschieden. Denn während die einfachen Nachbilder bei Augenbewegungen mitwandern, behalten diese Bilder während der Bewegung ihren imaginären Ort im Raume meist bei, werden also zentralwärts vom beweglichen peripheren Sehapparat erzeugt. Die Bilder konkurrieren bald mit den gewöhnlichen Nachbildern um das Gesichtsfeld, bald vereinigen sie sich mit diesen zu höchst eigenartigen Doppelgebilden, die durch seitliche Blickbewegungen wieder auseinandergerissen werden können. Weniger oft treten die Visionen als Illusionen an realen Gesichtseindrücken auf. Das ist auch eigentlich der einzige Fall, wo die Kritik zu schwinden pflegt, die während des visionären Spieles im übrigen nie verloren geht. Trotz ihrer sinnlichen Kraft imponieren die Gesichte dem Beschauer stets als so subjektiv, daß er im Zweifel bleibt, ob es sich hier um wirkliche Halluzinationen oder nur um sehr sinnliche Vorstellungen handelt. Es ist aber hervorzuheben, daß neben diesen Bilderreihen der eigentliche Gedankengang ungestört weiterläuft, daß sogar zugleich mit den Bildern echte visuelle Vorstellungen von der Deutlichkeit, wie man sie alltäglich hat, reproduziert werden können. Hingegen läßt sich die Richtung des Bilderwandels willkürlich nur sehr schwer beeinflussen; gelingt es, so dauert es oft 5 bis 10 Minuten, bis ein Erfolg der Willensanstrengungen bemerkbar wird. Auch ist der Inhalt der Bilder so phantastisch und hat so wenig Beziehungen zu dem aktuellen Bewußtseinsinhalt des Berauschten, daß ein jeder sich wundert, wie fremdartig und fernliegend das Gesehene ist. Auffallend war, daß bei allen Versuchspersonen, auch bei sinnlich veranlagten, sexuelle Motive so gut wie nie auftraten. Am *Marbe*schen Farbenkreisel konnte festgestellt werden, daß den visionären Erlebnissen eine ausgesprochene Überempfindlichkeit für Licht und Farben parallel geht.

Gehörstäuschungen kamen nur ganz verinzelt als Illusionen zur Beobachtung, dagegen hatten einige Personen massenhaft haptische Täuschungen, fühlten auf einmal ganz abenteuerliche Verwandlungen und Veränderungen in den Ausmessungen des eigenen Körpers. Auch diese haptischen Bilder änderten sich bei Bewegung der betreffenden Körperteile vielfach nicht, müssen also ebenfalls zentrale Vorgänge sein. Die Täuschungen des Lage- und Bewegungsinnes gingen auch interessante Komplikationen mit den visuellen Bildern ein; möglicherweise sind über-



haupt alle stereoskopischen Bilder als solche Mischprodukte von optischen und taktilen Sinneserregungen aufzufassen. Das Verhalten der Reizwellen für die taktilen Bewegungsempfindungen wurde durch Gewichtheben geprüft, konnte aber aus methodischen Gründen nicht genau genug ermittelt werden. Jedenfalls fand sich auch hier mindessens keine Erhöhung der Schwellen. Endlich kamen auch leichte Geschmacks- und Geruchstäuschungen vor; eine ziemlich regelmäßige Erscheinung waren Anfälle von Gänsehaut- und Schüttelfrost ohne Änderung der Körpertemperatur, was wohl auf Reizung des Temperatursinnes zurückzuführen ist.

Nächst den Sinnestäuschungen beansprucht ein besonderes Interesse die fast bei allen Personen hervorgetretene Veränderung des Zeitsinnes. Genauere Untersuchungen nach den Methoden von *Kraepelin* und *Eijner* ergaben, daß die Zeit im Meskalinrausch teilweise ganz enorm überschätzt wird; es entspricht dies auch dem persönlichen Empfinden der Berauschten. Paralleluntersuchungen mit 60 und 120 g Alkohol ergaben keine oder nur Andeutung einer solchen Störung. Die Täuschung war ganz unabhängig von den Gesichtstäuschungen, trat auch auf bei Personen, die keine derartigen Erlebnisse hatten, und war manchmal gering bei Personen, die lebhaft halluzinierten.

Die Auffassungfähigkeit für optische Eindrücke war während der Intoxikation bei mehreren Personen überraschend gut, bei anderen etwas herabgesetzt. Die Merkfähigkeit für zeitlich aneinandergeknüpfte Reihen von Erlebnissen war bei allen Personen mehr oder weniger schwer geschädigt. Die einfachen Reaktionszeiten waren nicht verändert, die Wahlreaktion meist verlängert. Beim fortlaufenden Addieren wurde meist weniger geleistet. In einigen Fällen besserten sich aber auch die Leistungen. Der Assoziationstypus blieb während des Rausches im wesentlichen unverändert.

Der eigentliche Rausch dauerte gewöhnlich 3 bis 4 Stunden. Reizerscheinungen am optischen Sinnesapparat machten sich aber oft nach 24 Stunden noch bemerkbar. Ferner folgte dem eigentlichen Rauschzustand gewöhnlich wieder ein stundenlanges hypomanisches Nachstadium mit Betätigungsdrang und Schlaflosigkeit.

Diskussion. — *Kleist*-Erlangen frägt, ob die Versuchspersonen im Zustande der Meskalinvergiftung auf Vestibularisfunktionen untersucht wurden. Viele Erscheinungen, die *Kn.* beschrieben hat, erinnern außerordentlich an Symptome, die wahrscheinlich mit zentralen Vestibularisstörungen zusammenhängen.

Allers-München bemerkt gegenüber *Kleist*, daß er eine so komplizierte Störung des Körperbewußtseins, wie sie *Knauer* beschreibt, doch nicht auf eine Störung der Tonusfunktion beziehen möchte, wenn auch in den elementareren Funktionen Analogien nicht zu verkennen sind.

Brodmann-Tübingen hat bei 2 Fällen von *Korsakow*scher Psychose

im Gegensatz zu der hochgradigen Merkfähigkeitstörung für Silbenreihen und Zahlen ein relativ gutes Erhaltensein des Zeitsinnes für kürzere Zeitstrecken, auch im Höhestadium der Krankheit, festgestellt.

Die auf der Tagesordnung stehenden Vorträge *Allers*-München: „Beitrag zur Chemie des senilen Gehirns", *Hirt*-München: „Die klinische Bedeutung der Depersonalisation", und *Rosenthal*-München: „Zur Histologie der Hirnschwellung" mußten in Anbetracht der vorgerückten Zeit ausfallen.

Sodann spricht der Vorsitzende *Vocke*-Eglfing den Vortragenden, sowie Herrn Professor *Kraepelin* für die bewiesene Gastfreundschaft den Dank des Vereins aus und schließt hierauf die Versammlung.

Brandl-Eglfing.

Deutscher Verein für Psychiatrie.
Sitzung der Kommission für Idiotenforschung und -fürsorge am 5. Oktober 1911 in Frankfurt am Main.

Anwesend Professor Dr. *Tuczek*-Marburg als Vorsitzender, Direktor Dr. *Kluge*-Potsdam, Professor Dr. *Vogt*-Wiesbaden.

Erörtert wurden Fragen allgemeiner und prinzipieller Natur, insoweit sie die durch den Deutschen Verein für Psychiatrie vertretenen Bestrebungen bezüglich der Fürsorge für die Schwachsinnigen und Epileptiker, insbesondere kindliche und jugendliche Individuen, betreffen. Ferner wurde über eine allgemeine Stellungnahme zu einzelnen Preßerzeugnissen aus pädagogischen Kreisen beraten und über Versammlungen und Kongresse der vorwiegend nichtärztlichen Vereinigungen berichtet. Ein öffentliches Vorgehen gegen einseitig pädagogische Veröffentlichungen und Maßnahmen wurde zurzeit als nicht erforderlich erachtet. *Vogt* referierte speziell noch über die gegenwärtig vorhandenen und demnächst noch zu erwartenden Anstalten und Einrichtungen für Schwachsinnige und Idioten, wobei er besonders auf die größtenteils ganz unzulänglichen Institutionen der sogenannten Gärtnerschulen für Schwachsinnige hinwies; diese müßten infolge der dort geübten offensichtlich oft ganz unsachgemäßen Behandlungsweise als höchst fragwürdige Gründungen angesehen werden. Von Interesse erscheint die Zunahme der privaten Anstalten für kindliche und jugendliche Schwachsinnige und Geisteskranke, die unter ärztlicher und ärztlich-pädagogischer Leitung stehen und zum Teil eine gedeihliche Entwicklung versprechen. Über Fragen aus der Fürsorgeerziehung berichtete *Kluge*, der dabei an seinen Vortrag vor dem Allgemeinen Fürsorgeerziehungtage am 30. Juni 1910 in Rostock anknüpfte. Es wurde dabei die Notwendigkeit betont, in psychiatrischen Kreisen immer wieder auf das Bedürfnis hinzuweisen, die in Fürsorge-



erziehung zu verbringenden Kinder und Jugendlichen schon möglichst bald und bei irgendwie zweifelhaftem Geisteszustand schon bei der Einleitung des Fürsorgeerziehungsverfahrens durch einen psychiatrisch durchgebildeten Arzt untersuchen zu lassen, ferner Beobachtungstationen, am besten an ärztlich geleiteten Idioten-, Epileptiker- oder Irrenanstalten, einzurichten, und für die rechtzeitige Unterbringung der schwachsinnigen, neuropathischen, psychopathischen und geisteskranken Zöglinge in die ihrem Zustande entsprechenden Krankenanstalten Sorge zu tragen. Ganz besonders ist die Begründung besonderer Anstalten für die Grenz- und Zwischenzustände im Auge zu behalten, die naturgemäß am besten in enger Verbindung mit den ärztlich geleiteten Krankenanstalten für Schwachsinnige, Epileptische und Geisteskranke errichtet werden; auch ist bei ihnen die ärztliche Leitung oder mindestens ärztliche Oberleitung zu fordern. Diese Sonder- oder Zwischenanstalten werden in gewisser Beziehung ein Vorbild für die mit der in Aussicht genommenen Strafgesetzreform zu erwartenden Verwahrungsanstalten für gemindert zurechnungfähige Kriminelle abgeben können, so daß für die Psychiatrie hiermit ein weiterer Anstoß zur Befassung mit den Fragen der Fürsorgeerziehung wie des Idiotenwesens bei den Kindern und Jugendlichen überhaupt gegeben ist. Von besonderem Wert erscheinen auch die als immer notwendiger angesehenen regelmäßigen psychiatrischen Untersuchungen aller in Fürsorgeerziehung befindlichen Zöglinge, zumal die der Anstaltzöglinge. Diese Untersuchungen werden auch die noch immer sehr unzuverlässigen statistischen Feststellungen über die Zahl der abnormen und defekten Zöglinge erleichtern, die ihrerseits auch wieder einen Fingerzeig für die in besonderen Verwahranstalten unterzubringenden Gemindertzurechnungfähigen abgeben werden. Nach den bisherigen Ermittlungen wird sich der bisherige Prozentsatz der in Sonderanstalten zu behandelnden Fürsorgezöglinge auf 5 bis 8% stellen; vielleicht dürfte dieser Satz auch für die gemindert zurechnungfähigen Kriminellen Geltung haben. Erfreulich war die zu konstatierende Tatsache, daß die hier entwickelten Tendenzen bei den mit der Erziehungsarbeit betrauten Kreisen und bei den staatlichen und kommunalen Behörden immer größeren Anklang finden, wie z. B. die Provinz Hannover an der Irrenanstalt Göttingen eine Sonderanstalt für ältere männliche Zöglinge errichtet, wie eine solche auch an der Idiotenanstalt Rastenburg in Ostpreußen entstanden ist, und wie die Provinz Brandenburg zu der bereits bestehenden Sonderanstalt für schulpflichtige männliche Zöglinge eine zweite für 50 weibliche Fürsorgezöglinge an den Potsdamer Anstalten errichtet hat; erfreulich ist auch die Tatsache, daß wohl jetzt in jeder Provinz und bei jeder selbständigen Kommune sich immer mehr Psychiater finden, die dieser Spezialaufgabe der Fürsorgeerziehung ihre Hauptarbeit widmen. Mit Genugtuung ist auch zu begrüßen, daß im „Allgemeinen Fürsorge-Erziehungs-Tage" sich eine Reihe besonders interessierter Psychiater und Pädagogen zu einem Sonder-

ausschuß zusammengefunden hat, welcher im Sinne der gegebenen Darlegungen oder doch in der Richtung derselben den defekten und abnormen Zöglingen beizuspringen versucht. Die *Kluge*schen Ausführungen fanden die Billigung in der Sitzung: sie wurden auch für geeignet angesehen, die Unterlagen für eventuelle Abänderungsvorschläge zum Fürsorgeerziehungsgesetz abzugeben. In dieser Hinsicht sollten sie der Zentralstelle für Volkswohlfahrt als Material unterbreitet werden, wie es inzwischen auch geschehen ist.

Vogt trug sodann noch über die im Frankfurter Neurologischen Institut angestellten Forschungen und Experimente über die Funktionen der Tymusdrüse vor und wies auf die Wahrscheinlichkeit hin, daß der aus der Degeneration dieser Drüse sich ergebende Krankheitzustand, der wohl auf eine Vergiftung des Organismus durch Nukleinsäure oder nukleinsaure Salze zurückzuführen sei, zu der Herausschälung einer besonderen Idiotieform führen könne.

An diese Ausführungen schloß sich ein Rundgang durch das Neurologische Institut.

Kluge.

136. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 16. Dezember 1911.

Anwesend: *Ascher*-Berlin, *Berendes*-Buch a. G., *Draeck*-Buch a. G., *M. Edel*-Charlottenburg, *Eicke*-Buch, *Falkenberg*-Lichtenberg, *Finckh*-Nordend, *J. Fraenkel*-Lankwitz, *Hebold*-Wuhlgarten, *Hoffmann*-Eberswalde, *Jeß*-Eberswalde, *Koritkowski*-Neubabelsberg, *Hans Laehr*-Schweizerhof, *Lange*-Lichtenrade a.G., *Liepmann*-Dalldorf, *Marcuse*-Lichtenberg, *Moeli*-Lichtenberg, *Mucha*-Franz.-Buchholz, *Oliven*-Lankwitz, *Plaskuda*-Lübben, *Reich*-Buch, *Richter*-Buch, *Sander*-Dalldorf, *Sander*-Lichtenrade, *Schayer*-Dalldorf, *Schmidt*-Lichtenberg, *Schmidt*-Wuhlgarten, *Schmitz*-Neuruppin, *Seelig*-Lichtenberg, *Sklarek*-Buch, *Spliedt*-Waldfrieden, *Viedenz*-Eberswalde, *Vieregge*-Lichtenberg, *Wagenknecht*-Buch a. G, *Waldschmidt*-Nikolassee, *Warncke*-Berlin a. G., *Werner*-Buch, *Zinn*-Eberswalde.

Vorsitzender: *Sander*-Dalldorf.

Otto Juliusburger-Steglitz-Berlin: Psychiatrische Tagesfragen[1]).

Bereits im vorigen Jahre, gelegentlich des Internationalen Kongresses zur Fürsorge für Geisteskranke in Berlin, sprach ich die Notwendigkeit aus, daß gegen die zahlreichen Angriffe, welche in jüngster Zeit gegen die Psychiatrie als Wissenschaft im allgemeinen und einzelne ihrer Ver-

[1]) Vgl. *Juliusburger*, Zur sozialen Bedeutung der Psychiatrie. Medizinische Reform, November 1911.



treter im besonderen, gerichtet wurden, eine entschiedene Abwehr ergriffen werden müßte. Vor allen Dingen aber sollte in Fachkreisen eine Klarstellung der in Frage gezogenen Fälle stattfinden. Ich richtete damals ein Schreiben an den Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie, und ich glaube, daß dieses mit den Anstoß dazu gegeben hat, daß der Beschluß gefaßt wurde, die Standeskommission zu veranlassen, Vorschläge zur Abwehr der Angriffe in der Presse zu bringen. Im Dezember 1910 erschien auch in der Psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift ein Aufsatz des Geh. Medizinalrats Dr. *Siemens*, welcher zum Gegenstand den Rechtschutz der Psychiater gegen Angriffe in der Presse hatte. Bedauerlicherweise ist es nicht zu einer eingehenden Erörterung der Vorschläge gekommen, und man hat, soweit ich wenigstens sehen kann, vorläufig von einer nennenswerten praktischen Betätigung Abstand genommen. Ich werde des späteren auf den Aufsatz des Herrn *Siemens* zurückkommen. Zunächst muß ich die augenblickliche Lage der Dinge kurz schildern.

Seit vorigem Jahre sind die Angriffe gegen die Irrenärzte keineswegs verstummt; im Gegenteil, ich habe die Überzeugung gewonnen, sie wurden lauter und verschärfter. Nun ist es ja gewiß einem jeden von uns aus der Geschichte unserer Wissenschaft eine genügend bekannte Tatsache, daß immer wieder von Zeit zu Zeit die Psychiatrie zum Gegenstand mehr oder weniger heftiger Angriffe gemacht wurde. Ich erinnere an den Aufruf, welcher am 9. Juli 1892 in der „Kreuz-Zeitung" erschien und von namhaften Männern der Wissenschaft unterzeichnet war. In jenem Aufrufe hieß es, daß auf keinem Gebiete unseres Rechtslebens dem Irrtum, der Willkür und der bösen Absicht ein solcher Spielraum gewährt ist, als auf dem der Irrsinnserklärung. Diese Tonart des Aufrufs wird auch heute wieder angeschlagen. Es ist lehrreich und bietet dem Sozialpsychologen reichlichen Stoff zu der Betrachtung, daß früher die „Kreuz-Zeitung" die Führerin im Streite war, während jetzt zu den Hauptrufern gegen uns gerade die weit links stehenden Organe gehören.

Als neu zu bezeichnen ist, daß sich auch ein Bund für Irrenrechtsreform und Irrenfürsorge gebildet hat, welcher in einer eigenen Zeitschrift die Propaganda gegen die Psychiatrie und die Irrenärzte zusammenfassen will. Diesem Bunde gehören auch Juristen und Ärzte an. Man soll niemals einen Gegner unterschätzen und ignorieren, und welches Urteil man auch über den Charakter der Zeitschrift dieses Bundes sich bilden mag, immerhin wird man es nicht aus dem Auge verlieren dürfen, daß diese Zeitschrift unter Laien eine Verbreitung findet und zweifelsohne Schaden genug anrichten kann. Der Laie wird um so geneigter sein, unter Umständen den vermeintlichen Belehrungen der Anhänger der Irrenrechtsreform Gehör zu schenken, wenn er in den Schriften auch Ärzte und Juristen als Gegner unserer Wissenschaft vertreten findet.

Aber auch andere Tageszeitungen und Zeitschriften, welche in unserem öffentlichen Leben eine Bedeutung besitzen, haben Aufsätze gebracht,

die geeignet waren, das Vertrauen zu uns zu erschüttern. Eine ganze Flut von Artikeln hat sich allmählich gebildet und ein ganzer Chor von Widersachern ist auf die Bühne getreten. Nur selten erschien uns ein Verteidiger. Ein Berliner Rechtsanwalt schrieb bezeichnenderweise einen Aufsatz mit der Überschrift: „Bürgerlicher Tod". Darin heißt es: „Angesichts der mannigfachen Mißgriffe und bedenklichen Freiheitbeschränkungen, die gerade in der jüngsten Zeit bekannt geworden sind, dürfen die Forderungen einer Reform keinen Augenblick verstummen."

Als im September vorigen Jahres die Angelegenheit des Herrn Professor *Hohenberg* spielte, erschien in einer Zeitung eine außerordentlich umfangreiche Annonce, an deren Spitze in Fettdruck die Worte prangten: „Psychiaterunfug! Der Krug geht so lange zu Wasser, bis er bricht; so wollen wir nicht weiter regiert werden!"

Eine Reihe von ärztlichen Äußerungen ist gleichfalls abgedruckt, welche in Kürze als Gutachten dienen sollen. Ein Arzt meint darin: „Es wird Zeit, daß sich das deutsche Volk nach einer Rechtskontrolle gegen das Unwesen der fahrlässigen und leichtfertigen psychiatrischen Gutachten umtut." Betrübenderweise sind in dieser Riesenannonce auch Kundgebungen von hervorragenden Vertretern der Naturwissenschaft enthalten, und ich kann nur sagen: es tut mir in der Seele weh, daß ich sie in der Gesellschaft seh.

In einer Berliner Tageszeitung äußerte sich ein Arzt: „Ich bin der Ansicht, daß jeder intelligente Mensch mit gesundem Menschenverstand und guter Menschenkenntnis eben so gut wie ein Arzt imstande ist, zu entscheiden, ob ein Anderer an Geisteskrankheit leidet oder nicht. Ein Laie hat aber vor dem Arzt noch den Vorzug, daß er dieser Frage unbefangen und uninteressiert gegenübersteht. Der gewöhnliche Arzt ist aber dem Irrenarzt vorzuziehen, weil dieser überall Geisteskrankheit wittert. Der Irrenarzt ist nach meiner Ansicht der schlechteste Psychiater. Werden bei einer Klage Psychiater als Sachverständige zugezogen, so wird das Urteil von den Richtern auf dem Gutachten jener aufgebaut. Haben jene richtig geraten, so fällt das Urteil auch meistens richtig aus. Haben sie aber unrichtig geraten, so wird auch das Urteil schief ausfallen. Unter Umständen entsteht dann ein modernes Ketzergericht, wobei der Angeklagte zwar nicht zum körperlichen, aber doch zum geistigen Tode verurteilt wird. . . . . Die Psychiater haben die Gewohnheit, die Lehren der sogenannten Psychiatrie bei ihren Gutachten zu verschweigen; sie müssen das notgedrungen, denn diese Lehren scheuen das Licht der Welt."

Große Tagesblätter und kleinere Lokalblätter ergingen sich in Angriffen, die mehr oder weniger auf den eben berührten Ton abgestimmt waren. In einem der letzteren heißt es: „Der Fall X. wird das Mißtrauen, das mancher teils aus Erfahrung, teils instinktmäßig gegen die Psychiatrie in der Praxis hat, verstärken." X. selbst wurde Gegenstand sehr energischer Angriffe.

Da der Prozeß, in den ich verwickelt bin, noch keinen Abschluß gefunden hat, kann ich aus naheliegenden Gründen nicht des näheren auf ihn eingehen. Ich halte mich aber für berechtigt und verpflichtet, kurz folgendes zu bemerken:

Ich bin einmal verklagt auf Zahlung eines hohen Schadenersatzes wegen vermeintlicher widerrechtlicher Internierung eines Herrn in der Anstalt, wo ich lediglich als Arzt angestellt bin, und zweitens schwebt gegen mich noch eine Klage wegen einer angeblichen Beleidigung, die ich mir gegen den erwähnten Herrn bei Übergabe einer Klage habe zuschulden kommen lassen sollen, worin die schwersten Beleidigungen, unter anderm der Vorwurf der Bestechung, gegen mich erhoben worden sind. Ich kann hier nur kurz die Versicherung abgeben, daß ich die mir in den Mund gelegte Äußerung durchaus nicht getan habe. Eine große Berliner Tageszeitung brachte sofort einen Leitartikel mit der Überschrift: „Gesund im Irrenhaus", worin es u. a. heißt: „Der Gedanke, daß dieser oder jener angeblich Geisteskranke auf Grund von Intrigen oder auf Grund einer falschen Diagnose im Irrenhaus festgehalten werden könnte, ist trotzdem so furchtbar, daß man sich bei den bestehenden und fraglos sehr mangelhaften Zuständen nicht beruhigen darf, sondern die Frage aufwerfen muß, ob es nicht erreichbar ist, daß ein stärkerer Schutz für die angeblich Geisteskranken geschaffen werden könne, ehe sie hinter den Mauern des Irrenhauses verschwinden. Wir wollen damit gar nichts gegen die heutige Irrenhauspflege gesagt haben, aber ein angeblich Kranker, der sich selbst für geistig normal häft, muß eine Instanz finden, die die ärztliche Diagnose nachprüft und zwar nach allen Richtungen, nicht bloß in formaler Weise. Auch Irrenärzte sind sterbliche Menschen und damit dem Irrtum unterworfen. Sie stellen sogar einen außergewöhnlich hohen Prozentsatz der Irren."

Man wird zunächst geneigt sein, namentlich die letzte Bemerkung bezüglich des Gesundheitzustandes der Irrenärzte nicht allzu tragisch zu nehmen, und mancher wird mit einem wohlwollenden Lächeln über sie hinweggleiten, auch wenn sie in einem Leitartikel einer weitverbreiteten Tageszeitung zu lesen ist. Doch dürfte der geneigte Leser der obenstehenden Ausführungen schon ernster gestimmt werden, wenn er sich die Mitteilungen des Geh. Medizinalrats Professor *von Hansemann* in Berlin vergegenwärtigt, welcher in der Teubnerschen Sammlung wissenschaftlich-gemeinverständlicher Darstellungen „Aus Natur und Geisteswelt" in seiner Abhandlung „Über den Aberglauben in der Medizin und seine Gefahr für Gesundheit und Leben" über uns Irrenärzte folgende Bemerkung sich gestattet: „.... Und es ist merkwürdig, zu beobachten, wie außerordentlich häufig Ärzte und Krankenpfleger, die viele Jahre lang und ausschließlich mit Geisteskranken zu tun haben, schließlich selbst geisteskrank werden oder wenigstens alle möglichen absonderlichen und ungewöhnlichen Gewohnheiten annehmen."



Da mir diese von Herrn *von Hansemann* vermeintlich festgestellte Tatsache neu erschien, so gestattete ich mir die Anfrage bei dem Verfasser der Schrift über den Aberglauben in der Medizin, auf welche statistischen Tatsachen er sich stütze. Ich erhielt die Antwort: „Auf irgendeine statistische Erklärung habe ich mich in dieser Beziehung überhaupt nicht berufen, da eine solche wohl kaum existiert, sondern auf meine persönlichen Beobachtungen im Verkehr mit vielen Psychiatern.“

Die Stelle aus der Schrift des Herrn *von Hansemann*, die ich soeben erwähnt habe, wurde mir an Gerichtstelle vorgehalten und außerdem ist sie in einer Beilage der Zeitschrift des Bundes für Irrenrechtsreform natürlich in Sperrdruck wiedergegeben. Ein Mann der Wissenschaft sollte doch recht vorsichtig sein, wenn er Mitteilungen in gemeinverständlicher Darstellung an die breite Öffentlichkeit gibt. Es ist bedauerlich, wenn von der selbstverständlichen Forderung abgewichen wird, nur feststehende Tatsachen einem Leserkreise zu übermitteln, der das, was ihm geboten wird, auf Treu und Glauben hinnehmen muß, da er nicht in der Lage ist, eine Nachprüfung zu veranstalten. Übrigens scheint mir Herr *von Hansemann* mit seiner pessimistischen Beurteilung des Gesundheitzustandes der Irrenärzte nicht allein zu stehen. Herr Dr. *Georg Lomer*, Oberarzt der Großherzoglich Sächsischen Landesirrenanstalt zu Blankenhain in Thüringen, hat 1909 eine Schrift herausgegeben, welche an ihrer Stirne die Aufschrift trägt: „Die Wahrheit über die Irrenanstalten.“ Im Verlauf der Ausführungen des Herrn Dr. *Lomer* findet sich nun folgende Stelle: „So ist's am Ende nur zu verständlich, wenn die Gesundheit vieler Irrenärzte durch die ständige und hochgespannte Verantwortlichkeit im Verein mit den abstoßenden Eindrücken des Berufes, durch die dauernde Sorge, es könnte trotz aller Sorgfalt einmal etwas vorkommen, sichtbar leidet. Sie werden nervös, reizbar, hypochondrisch und erfreuen sich am Ende nur selten eines längeren Daseins als sorgenfreier Alterspensionär. Auch die häufigen, oft nicht sehr feinen Anwürfe seitens der Öffentlichkeit tun das ihre, sie, die ihr Bestes an ihren schweren Beruf setzen, schließlich in eine Art unpraktischer Resignation zu versetzen.“ Des weiteren heißt es betreffs des Wartepersonals: „Was hier von den Ärzten gesagt ist, das gilt in vielen Punkten auch von dem ihnen unterstellten Personal. Da der Pfleger mit dem Kranken in viel unmittelbarere und häufigere Berührung kommt, als der Arzt, sind auch die Wirkungen auf sein Nervensystem entsprechend ungünstiger. Dazu kommt, daß es sich hier meist um wenig oder gar nicht gebildete Leute handelt, welche den krankmachenden Einflüssen nicht den inneren Widerstand entgegensetzen können, wie der Gebildete.“

Herr Dr. *Lomer* hat seine Schrift, welche zweifellos in der besten Absicht, unserer Wissenschaft und unserm Stande zu nützen, geschrieben wurde, der breitesten Öffentlichkeit gewidmet, wie er selbst sagt. Gerade darum aber wäre es wünschenswert gewesen, wenn er sich vorsichtiger



ausgedrückt und nicht so in Bausch und Bogen über den Gesundheitzustand der Irrenärzte sich ausgesprochen hätte. Dadurch wird die Öffentlichkeit keineswegs beruhigt, im Gegenteil, es besteht die Gefahr, daß das Vertrauen zu uns noch mehr erschüttert wird. Die Fälle von geistiger Erkrankung von Irrenärzten, welche mir bekannt geworden sind, hatten eine Ätiologie aufzuweisen, welche überhaupt weit verbreitet und in keinem engeren Zusammenhange mit irgendeiner Berufsbetätigung steht. Freilich nehmen wir an der allgemeinen, ich möchte sagen, sozialen Nervosität anteil; von dieser aber können wohl nur diejenigen verschont bleiben, welche dem Kampf um das Dasein entrückt, in gesicherter Stellung sich befinden. Man kann aber nicht behaupten, wie leider vielfach angenommen wird, daß wir Irrenärzte, sofern wir angestellt sind, auf der Sonnenseite des Lebens sitzen. Der Beruf des Irrenarztes, abgesehen von der wissenschaftlichen Betätigung und der reizvollen individuellen Behandlung, ist wenig angetan, eine dauernd gehobene und freudige Stimmung zu erzeugen und zu halten. Liegt doch die Zukunft nur allzu vieler auch strebsamer Ärzte im unsicheren, ja vielfach in einem bis zur Undurchsichtigkeit dichten Nebel. Das soll ausgesprochen werden. Aber das ist etwas ganz anderes, als die Behauptungen, welche wir in den Ausführungen der Herren *von Hansemann* und *Lomer* finden[1]).

Nun aber weiter. Wir stoßen vielfach auf die seltsame Betonung, daß wir Irrenärzte einen festgeschlossenen Ring zu gegenseitiger Verteidigung und Abwehr der vermeintlich berechtigten Angriffe gegen uns, zur Verhütung und Vertuschung aller Ungebühr und sonstiger Schändlichkeiten bilden. Mich hat insonderheit in letzter Zeit diese immer wiederkehrende Behauptung seltsam berührt. Ich habe leider nicht bemerkt, daß ein fester Zusammenschluß unter uns besteht. Es wäre sehr wichtig und zweckmäßig für die von uns vertretene gute Sache, wenn eine verständige und brauchbare Solidarität tatsächlich bestände und am Werke wäre.

In der „Frankfurter Zeitung" vom 8. Juli 1911 steht ein längerer Aufsatz, welcher die Überschrift trägt: „Mißstände im Irrenwesen", und dessen Verfasser Herr Professor *Friedländer*, Hohe-Mark bei Frankfurt a. M., ist. Es steht für mich außer jedem Zweifel, daß Herr *Friedländer* die lobenswerte und gute Absicht gehabt hat, die Öffentlichkeit aufzuklären und zu beruhigen, nachdem in letzter Zeit so viel Angriffe gegen das Irrenwesen erfolgt waren. In einem Aufsatze kommt Herr *Friedländer* auch auf einen Berliner Fall zu sprechen und stellt ihn kurz so dar, wie er zuerst in alarmierender Weise von den Tageszeitungen gebracht

[1]) Das Gleiche gilt von den ähnlichen Bemerkungen *Kraepelins* (die phychiatrischen Aufgaben des Staates, S. 47), die mir erst nachträglich zur Kenntnis kamen. Der Indifferentismus vieler Psychiater ist gewiß nicht zu übersehen, unterscheidet sich aber in nichts von der Gleichgültigkeit vieler Intellektueller gegenüber den großen Fragen der Zeit.



wurde. Herr *Friedländer* fährt aber dann mit folgenden Worten fort: „Daß dieser Fall eine genaueste Klärung und öffentliche Darstellung verlangt, wird niemand, am allerwenigsten der Leiter jener Anstalt, leugnen.“ Meiner Meinung nach hätte es doch nahe gelegen, daß Herr *Friedländer*, bevor er seinen Aufsatz schrieb, an den leitenden Arzt der in Frage stehenden Anstalt sich wandte, um näheren Aufschluß über den Fall zu erlangen, welcher die allgemeine Aufmerksamkeit erregt hatte. Es hätte dann nicht eines Appells durch die Zeitungen an den Arzt bedurft, sondern die Sache hätte sich sehr einfach und leicht aufklären und erledigen lassen.

In der Berliner Zeitung „Der Tag“ vom 24. September 1910 hat Herr Dr. *Hellpach* dem Kongreß für Irren-Fürsorge einige Worte gewidmet. Darin kommt er, freilich ohne meinen Namen zu nennen, aber in unverkennbarer Weise auf mich zu sprechen, indem er schreibt: „Ein in einer Anstalt internierter Herr war aus dieser entkommen und hatte sich im Auslande Zeugnisse verschafft, die seine Geistesgesundheit dokumentierten. Der für seine Internierung verantwortliche Arzt hatte im weiteren Verlauf der Affäre den etwas unvorsichtigen Ausspruch getan, er verpflichte sich, den Betreffenden innerhalb 14 Tagen wieder in die Anstalt zurückzubringen.“ Auch hier muß ich meine große Verwunderung aussprechen, daß Herr Dr. *Hellpach* es nicht der Mühe für wert gehalten hat, sich, bevor er seinen Aufsatz schrieb, an mich zu wenden und mich um Aufschluß über die fragliche Angelegenheit zu bitten. Da ich wußte, daß Herr Dr. *Hellpach* einen Vortrag auf dem Kongreß für Irren-Fürsorge halten würde, schrieb ich ihm und bat ihn, zur Sitzung der Ärzte der Privatanstalten sich zu bemühen, da ich dort über den fraglichen Fall Aufklärung geben wollte. Ich nahm an, Herr Dr. *Hellpach* würde meiner Einladung folgen und dann Gelegenheit nehmen, in der ihm zugänglichen Zeitung die mich betreffende Sache richtig zu stellen. Bis heute habe ich auf mein Schreiben von Herrn Dr. *Hellpach* keine Antwort erhalten und will annehmen, daß mein Brief verloren gegangen ist, — eine Annahme, die mir allerdings nicht ganz leicht fällt.

Den freundlichen Bemühungen und Empfehlungen der Herren Prof. Dr. *Lennhoff* und Dr. *Lilienthal* von der „Vossischen Zeitung“ und dem bereitwilligen Entgegenkommen des Chefredakteurs der „Berliner Morgenpost“, Herrn Cuno, welcher für unser Irrenwesen ein weitgehendes Verständnis besitzt, konnte ich es verdanken, daß ich in diesen Zeitungen zu Worte kam, wobei ich bemerke, daß ich von einer persönlichen Verteidigung Abstand nahm und bemüht war, lediglich die Sache unserer angegriffenen Wissenschaft zu führen.

Im Vordergrunde der Angriffe gegen uns steht die Behauptung, daß tatsächlich eine große Gefahr für jeden Mitbürger vorhanden ist, widerrechtlich in eine Anstalt untergebracht zu werden. Ich will nicht auf die ganze Literatur des näheren eingehen, welche über diesen Gegenstand bereits vorhanden ist, sondern mich beschränken, kurz zwei Schriften zu besprechen, welche sich mit unserem Gegenstande beschäftigen.



In der einen bereits erwähnten Broschüre des Herrn Dr. *Lomer* „Die Wahrheit über die Irrenanstalten" heißt es: Heute sind die Fälle, wo ein „Unschuldiger" in die Anstalt kommt, recht selten geworden. D a ß ungerechtfertigte Internierungen aber immer noch vorkommen können, ja auch wirklich vorkommen. kann freilich nicht geleugnet werden...... Auch ist es leider Tatsache, daß zuweilen von verbrecherischen Angehörigen der Versuch gemacht wird, ein Familienglied als „geisteskrank" zu denunzieren und das Vertrauen des untersuchenden Arztes durch falsche Angaben zu täuschen. Man wünscht den Ehemann, Bruder usw. in der sicheren Bewahrung der Anstalt zu wissen, um sich ungestört diesen oder jenen Lebensvorteil zu verschaffen, und zuweilen, z. B. bei Neurasthenikern, chronischen Trinkern usw. gelingt das Vorhaben tatsächlich, es kommt wirklich zur Aufnahme des Armen." Und weiter heißt es am Ende dieser Schrift: „Von vier Brüdern befindet sich einer als Geisteskranker in der Anstalt; einer der Brüder ist ihm zum Vormund bestellt. Plötzlich fällt allen Vieren zu gleichen Teilen eine beträchtliche Erbschaft zu. Der Anteil des Kranken wird von seinem brüderlichen Vormund verwaltet, der davon auch den mäßigen Pensionspreis an die Anstalt zahlt. Der Rest trägt Zins und Zinseszins und wächst allmählich zu stattlicher Höhe. Da der Anstaltaufenthalt des Kranken inzwischen Jahre gedauert hat, sind die Brüder zu der Überzeugung gelangt, daß der Ärmste unheilbar sei, und haben im Geiste bereits sein Vermögen unter sich verteilt. Die Nachricht von seiner bevorstehenden Entlassung trifft sie wie ein Donnerschlag, und sie setzen nun alles daran, diese Entlassung hintanzuhalten, indem sie etwa die häuslichen Verhältnisse so traurig wie möglich schildern, die Unmöglichkeit, sich des Genesenen anzunehmen, immer wieder betonen, kurz, alles andere an den Tag legen, als — brüderliche Liebe. Besteht die Anstaltdirektion aber auf ihrem wohlbegründeten Willen, so nehmen sie den Bruder zwar zu sich, behandeln ihn jedoch derart schlecht, daß er bald wieder abnorme Züge zeigt, die ihnen dann willkommenen Anlaß bieten, seine Wiederaufnahme zu beantragen. Man glaube ja nicht, daß diese Dinge so selten sind." Auch hier wieder kann ich meine Bedenken nicht unterdrücken, daß solche der Nachprüfung doch sehr bedürftigen Behauptungen in solcher Allgemeinheit gefaßt der breitesten Öffentlichkeit mitgeteilt werden. Ich erlaube mir einen starken Zweifel auszusprechen, ob wirklich ungerechtfertigte Internierungen vorkommen. Ich wenigstens kenne keine solchen und warte noch auf den strengen Beweis des Gegenteils, wünsche aber dann die genaueste Mitteilung eingehend geführter Krankengeschichten.

Noch eine Schrift will ich erwähnen, welche im Jahre 1905, begleitet von einem Vorworte von Geh. Medizinalrat Prof. Dr. *Eulenburg*. in Berlin erschien und zum Verfasser Dr. jur. Arthur Reissner hat, welcher in ihr die Zwangsunterbringung in Irrenanstalten und den Schutz der persönlichen Freiheit behandelt. Herr Geheimrat *Eulenburg* schreibt:



„Die mehr oder minder berechtigten und dringenden Klagen über eine teilweise Reformbedürftigkeit unseres Irrenwesens wollen auch nicht verstummen. . . . . Auf Grund sorgsamer kritischer Durchmusterung der einschlägigen gesetzlichen und administrativen Bestimmungen, sowie sachgemäßer Verwertung mancher in die Öffentlichkeit gedrungenen Einzelerfahrungen über zutage getretene Übelstände in der Internierungs- und Entmündigungspraxis ist er (nämlich der Verfasser, Dr. Reissner) zu einer Reihe von Vorbeugungs- und Besserungsvorschlägen gelangt, gegen die im allgemeinen auch vom ärztlichen Standpunkte aus kaum begründete Einwendungen zu erheben sein dürften. Für Einzelnes (wie z. B. für die faßliche und zweckentsprechende Definition des so ganz in der Luft schwebenden wahren Begriffs der „Gemeingefährlichkeit") werden wir dem rechtsgelehrten Verfasser dankbar zu sein alle Ursache haben."

Aus den Ausführungen des Verfassers über gefährliche und harmlose Geisteskrankheit als Unterbringungsgründe möchte ich nur folgende Stelle hervorheben: „Der Geisteskranke dagegen, der weiß, daß er krank ist, auf die Frage, ob er geheilt sein wolle, bejahend, auf die Frage, ob er zu diesem Zwecke in eine Irrenanstalt gebracht werden wolle, sich verneinend äußert oder auch sein Einverständnis damit erklärt, der verfügt über Krankheitbewußtsein. Nicht erforderlich ist, daß er Einsicht in die Art der Erkrankung hat. Obgleich ein solcher Geisteskranker infolge der Erkrankung an Bewußtseinstörung leidet, so ist doch das Bewußtsein bei ihm nicht vollkommen ausgelöst, und er muß deshalb dem körperlich Kranken gleichgestellt werden. Dies gilt übrigens ganz besonders von den Geisteskranken, die, wie man sagt, Krankheit dissimulieren, gleich dem, der Schmerz empfindet und ihn, um sich tapfer zu zeigen oder um z. B. der Entlassung aus dem Dienst zu entgehen, verwindet. Denn wer gegebenenfalls Krankheit dissimulieren, Gesundheit heucheln kann, der weiß, daß die Betätigungen seines Gehirns für krankhaft gehalten werden, und indem er diese krankhaft erscheinenden Betätigungen mit Vorsatz, also bewußt vermeidet, — dissimulieren kann man eben nur mit Bewußtsein! — zeigt er, daß er Krankheitbewußtsein hat. Demjenigen Kranken aber, der trotz Krankheitbewußtsein es vorzieht, sich der Freiheit zu erfreuen und an der Krankheit zugrunde zu gehen, wird der Staat die Freiheit nicht rauben können."

Nun, ich glaube, diesen letzten Ausführungen des Herrn Dr. Reissner werden wir uns vom Standpunkte der Wissenschaft und Humanität aus nicht anschließen können.

Wenn ich nun noch dazu übergehe, die Vorschläge des Herrn Dr. Reissner hier zu erwähnen, so geschieht dies, weil sie auch heute wieder von verschiedener Seite aus vorgebracht werden.

Erst vor ganz kurzer Zeit hatte ich Gelegenheit, in der Gesellschaft für soziale Medizin über die soziale Bedeutung der Psychiatrie zu sprechen, wobei ich bereits die gegen unser Irrenwesen gerichteten Angriffe erörterte. Bei dieser Gelegenheit wurde von mehreren namhaften Ärzten



energisch auf eine Reform des Irrenwesens hingewiesen und auch ein Irrengesetz verlangt, insbesondere — darauf bitte ich die volle Aufmerksamkeit zu richten — die Heranziehung von Laien gefordert, welche mit die Frage entscheiden sollen, ob ein Kranker in eine Irrenanstalt gebracht werden dürfe. Daher halte ich es für angezeigt, den Vorschlag des Herrn Dr. Reissner des näheren mitzuteilen, den wir in seiner Broschüre über die Zwangsunterbringung in Irrenanstalten und den Schutz der persönlichen Freiheit finden, und der, soweit ich sehen kann, auch die Billigung des Herrn Geheimrats *Eulenburg* gefunden hat, welcher das Vorwort zu dieser Broschüre, wie erwähnt, geschrieben hat.

Herr Dr. Reissner macht nun folgende Ausführungen: „Die Anträge auf Unterbringung in eine Irrenanstalt werden bei einer Internierungskommission anzubringen sein; ihre Zusammensetzung ergibt ihr Zweck und das Material, das ihrer Prüfung unterliegt: ein Amtsrichter als Vorsitzender, der Gerichtsarzt als ständiger Beisitzer und drei Laien als Schöffen. Eine solche Kommission wird in der Lage sein, zu prüfen, ob der Implorat geistig normal ist oder nicht, ob objektiv ein Fall vorliegt, der den Antrag seitens des jeweiligen Antragstellers rechtfertigt, und ob im gegebenen Falle die geforderte Maßregel sich rechtfertigt sowohl nach dem Zustande des Kranken, als nach seiner und seiner Familie Vermögenslage. Das Verfahren wird in einer dem Strafprozeß angepaßten Weise zu regeln sein. Der Antragsteller hat in seinem Antrage auf Unterbringung Angaben über die Person des Kranken, über seine und der unterhaltpflichtigen Verwandten Vermögensverhältnisse zu machen und dafür Beweismittel anzugeben; er hat Zeugen zu benennen, das begründete Gutachten eines Sachverständigen über den Gesundheitzustand des Imploraten beizufügen, aus dem sich der Zweck, dem es dienen soll, ergibt. Es findet sodann ein Vorverfahren statt, das innerhalb zweier Wochen abzuschließen ist. Die Polizei als Hilfsorgan der Staatsanwaltschaft, bzw. der Internierungskommission, vernimmt den Kranken, seinen behandelnden Arzt und die Antragzeugen und läßt den Kranken durch einen Vertrauensarzt untersuchen. Erscheint ein sofortiger Schutz des Kranken oder des Publikums erforderlich, so sind die Akten mit einem entsprechenden Antrag und eidesstattlichen Versicherungen, aus denen die Notwendigkeit der Zwangsunterbringung mangels anderer Schutzmöglichkeiten erhellt, sofort dem Gericht einzureichen. Atteste des erstuntersuchenden Arztes und des Vertrauensarztes sind beizufügen (eventuell also nur des Vertrauensarztes). Der Richter hat alsdann binnen 24 Stunden nach Beratung mit dem Gerichtsarzt zu entscheiden, und falls er sich für vorläufige Unterbringung entscheidet, einen vorläufigen Aufnahmeschein zu erteilen. Auf Grund dieses erfolgt dann eine Aufnahme des darin Benannten in einer öffentlichen oder Privatirrenanstalt bis zur Hauptverhandlung, zu der der Kranke vorzuführen ist. Der Arzt der Anstalt hat die Pflicht, den Kranken bis zur Hauptverhandlung, die spätestens einen Monat nach Eingang des Antrages bei der Behörde stattzufinden hat,



eingehend zu beobachten. Außerdem steht dem Richter, dem Gerichtsarzt und den Schöffen jederzeit innerhalb der Frist bis zum Hauptverhandlungstermin — auch bei Nichtinternierten — das Recht zu, den Kranken selbst aufzusuchen, um sich über seinen Geisteszustand ein Urteil zu bilden..... Über das Ergebnis der Beweisaufnahme berät das Kollegium. Vier Stimmen sind zu einem Beschluß auf Unterbringung erforderlich. Ist weitere Beweisaufnahme notwendig, und soll bis zu deren Erledigung der Kranke weiter interniert bleiben, so bedarf es eines mit einfacher Stimmenmehrheit gefaßten Beschlusses der Kommission. Der Termin ist alsdann um zwei Wochen höchstens zu verlegen. In diesem zweiten Termin muß eine definitive Entscheidung ergehen."

Ich habe diesen Vorschlag des Herrn Dr. Reissner deswegen im wesentlichen ausführlich mitgeteilt, weil, wie gesagt, sein Hauptinhalt und Kern von den auch ernst zu nehmenden Vertretern einer Reform des Irrenwesens mit Nachdruck hervorgehoben und unterstrichen wird. Nun hieße es wirklich blind sein, die bestehende Gefahr hartnäckig zu übersehen, welche der Psychiatrie als Wissenschaft, sowie unserm gesamten Irrenwesen von den Stürmern und Drängern droht. Wenn Ärzte bereits die Heranziehung von Laien zur Begutachtung der Notwendigkeit der Internierung von Kranken verlangen, so dürfen wir nicht länger schweigen; es gilt, die Würde unserer Wissenschaft zu wahren und unser hehres Amt, schwerleidende Mitmenschen zu schützen und zu behandeln, nicht aus unsern Händen gleiten zu lassen.

In einer bemerkenswerten Erwiderung auf einen Aufsatz „Das Irrenhaus als Gefahr" in der „National-Zeitung" Nr. 159 d. J. hat Herr Medizinalrat Dr. *Kreuser* schon zutreffend ausgeführt: „Die Krankheitdiagnose ist es, die bei allen Irrenhausaffären in erster Linie bestritten wird; sollte sie einwandfreier durch den Richter als durch den Arzt festgestellt werden können? Doch wohl nur, wenn es sich um Zustände handelt, an denen nicht mehr zu zweifeln, aber auch nichts mehr zu bessern ist. Über dem hierzu erforderlichen Verfahren und der dazu benötigten Zeit geht aber die beste Gelegenheit zu einer angemessenen Fürsorge verloren, schwinden die Aussichten auf Wiederherstellung und auf Milderung aller der Schäden, die solche Krankheiten für die davon Befallenen und für ihre Familien mit sich bringen. Alle Vorteile einer rechtzeitigen Fürsorge würden der blinden Furcht vor Vergewaltigungen in gewinnsüchtiger Absicht geopfert werden." Wir können natürlich den Ausführungen des Herrn *Kreuser* nur zustimmen, und wir brauchen in unsern Reihen doch wahrlich nicht die Frage zu diskutieren, ob Laien zur Beurteilung der Frage der Notwendigkeit der Internierung in einer Anstalt herangezogen werden sollen. Aber was uns klar ist, ist eben der Allgemeinheit und, wie die Erfahrungen der Gegenwart lehren, auch vielen Ärzten noch lange nicht klar genug. Darum ergibt sich die zwingende Forderung für uns, aus unserer Schweigsamkeit und Zurückgezogenheit endlich herauszutreten



und, wo immer wir können, in Wort und Schrift, die Gründe eingehend darzulegen, daß die Erschwerung der Aufnahmen und ihre Verschleppung, ihre Abhängigkeit von der Zustimmung von Laien gerade denjenigen den größten Schaden zufügen muß, welchen man in wohlwollender Absicht einen Schutz angedeihen lassen will. Schon heute erleben wir es ja, daß zur Beurteilung von Geisteszuständen Laien vielfach in bedenklicher Weise befragt werden.

Der erfahrene Arzt und langjährige Leiter des „Berolinum" in Lankwitz, Herr Sanitätrat *Fränkel*, konnte dies jüngst am eigenen Leibe erfahren. Er hatte in einem Atteste zur Einleitung der Pflegschaft die bekannte Forderung bejaht, daß eine Verständigung mit dem betreffenden Kranken nicht möglich sei. Der Arzt ging dabei von der eigentlich selbstverständlichen Meinung aus, daß die Möglichkeit zu einem Verständnis mit dem Kranken nicht darin zu suchen sei, daß er den Inhalt dessen, was zu ihm gesprochen wird, einfach in sich aufnahm, sondern daß die Fähigkeit bei dem Kranken vorhanden sein müßte, seinen eigenen Zustand mit Rücksicht auf die daraus entspringenden Folgen richtig zu beurteilen, mit anderen Worten: nur dann kann eine Verständigungsmöglichkeit mit dem Kranken als vorhanden angenommen werden, wenn dieser die erforderliche Krankheiteinsicht besitzt. Der Richter dagegen schien einer anderen Auffassung zu huldigen. Er verzichtete in dem gegen Herrn Sanitätrat *Fränkel* von dem Kranken angestrengten Prozesse darauf, sachverständige Ärzte zu hören, sondern begnügte sich, Laien zu vernehmen, welche zum Teil noch Angestellte des betreffenden Kranken waren. Die Aussagen dieser Laien genügten dem Richter, an der geistigen Gesundheit des prozessierenden Herrn nicht zu zweifeln und den leitenden Arzt wegen Fahrlässigkeit zu verurteilen, obwohl derselbe durch seine Qualität als Arzt und Leiter der Anstalt durch eine lange Reihe von Jahren doch den Beweis erbracht hatte, daß ihm eine Fahrlässigkeit auch nicht im mindesten zugetraut werden könnte.

Wenn es also jetzt schon möglich ist, daß auf Grund von kritikloser Bewertung der Laienaussagen so weitgehende Urteile und Verurteilungen stattfinden können, nun, dann wollen wir uns lieber nicht in unserer Phantasie ausmalen, welchen Zuständen wir entgegengehen, wenn einmal dem Laienelement eine noch größere rechtliche Befugnis zuteil würde und wenn Laien vom Gesetze die Erlaubnis erhielten, zu jeder ihnen beliebigen Zeit in die Anstalt zu kommen und dort selbständig Untersuchungen der uns anvertrauten Kranken anzustellen. Wenn wir all dies erwägen, so müssen wir uns sagen: so, wie es gegenwärtig steht und geht, kann und darf es nicht weitergehen.

In dankenswerter Weise hat nun vor kurzer Zeit in der „Medizinischen Gesellschaft" Herr Medizinalrat *Leppmann* über „Irrenärztliche Tagesfragen" [1]) gesprochen. Seine wertvollen Ausführungen faßt er im Hin-

[1]) Siehe Berliner Klinische Wochenschrift 1911 Nr. 46 und 47.



blick auf die Erfahrungen der letzten Zeit dahin zusammen: 1. Wir brauchen ein Irrengesetz, welches die Anstaltunterbringung Kranker und insbesondere die Pflichten und Rechte der Anstaltleiter bis ins kleinste regelt; 2. wir brauchen eine Ergänzung unserer bürgerlichen Gesetzgebung über die Beschränkung der Geschäftsfähigkeit Erkrankter in der Weise, daß bis jetzt noch mögliche Schädigungen Kranker und Belästigungen Gesunder vermieden werden.

Herr *Leppmann* hat mit Recht darauf hingewiesen, daß man bisweilen den Eindruck gewänne, als ob unsere heutige Rechtslage den Rechtschutz der Geisteskranken gegenüber dem der Gesunden überspanne. Die Richtigkeit dieser Bemerkung springt ohne weiteres in die Augen, wenn man die wichtigen Ausführungen liest, welche Herr Geheimrat *Jastrowitz* in der Diskussion über den Vortrag des Herrn *Leppmann* gemacht hat. Herr Geheimrat *Jastrowitz* wurde von einer Dame verklagt, nach 21 Jahren, weil er bei ihr, wie sie sich ausdrückte, eine Pigure hätte machen lassen, ein Ausdruck, der auch von dem Rechtsanwalt der Dame konstant festgehalten wurde. Die Dame behauptete, Geheimrat *Jastrowitz* und seine damaligen Assistenten hätten durch eine Oberin ihr quer nach dem Herzen zu, was sie gespürt hätte, unten vom Rückenmark aus bis hinauf in den vierten Ventrikel und in das Kleinhirn stechen lassen, um zu sehen, ob sie hereditär syphilitisch belastet sei. Durch diese Manipulation wäre sie in einen Zustand der Raserei und der gänzlichen seelischen Zerrüttung versetzt worden, sie wäre mannstoll geworden, sie hätte dadurch ihr ganzes Leben verfehlt. Sie beanspruchte dafür eine entsprechend hohe Entschädigungsumme. Herr Geheimrat *Jastrowitz* mußte alle Mühen und Beschwerden des Prozesses auf sich nehmen und hatte außerdem noch eine stattliche Summe Gerichtskosten zu bezahlen, obwohl er, wie zu Beginn des Prozesses vorauszusehen war, natürlich denselben gewinnen mußte.

Solche Erfahrungen und Erlebnisse, wie die eben mitgeteilten, häufen sich. Ich kann ja auf den schwebenden Prozeß, welcher gegen die leitenden Ärzte der Anstalt Berolinum, die Herren Sanitätsräte Dr. *Fränkel* und *Oliven* und auch gegen mich angestrengt und noch nicht erledigt ist, nicht eingehen. Aber auch wir sind wegen Fahrlässigkeit und widerrechtlicher Internierung auf eine außerordentlich hohe Schadenersatzsumme verklagt worden, und noch andere Fälle ließen sich anführen. Da ist es allerdings hoch an der Zeit, daß die Frage eingehend erörtert werde, ob nicht zu Beginn des Prozesses, noch bevor in die Verhandlung eingetreten wird, auf richterliche Veranlassung eine genaue Prüfung der zugrunde liegenden Tatsachen durch sachverständige Ärzte verlangt werden muß. Wir müssen hierauf bestehen, nicht allein im Hinblick darauf, daß uns überflüssige Prozesse und unnütze Geldaufwendungen erspart bleiben sollen, sondern auch im Hinblick auf die prozessierenden Kranken selbst, welche durch die sich hinziehende Prozeßführung aufs neue in ihrem



seelischen Gleichgewicht gestört und erschüttert werden und außerdem in materieller Hinsicht sich verausgaben, wovor sie geschützt werden sollten. Es wird sich sicherlich ein Weg finden lassen, um hier den notwendigen Wandel zu schaffen. Es muß den durchaus überflüssigen Prozessen ein Riegel vorgeschoben werden; dadurch wird natürlich auch die Allgemeinheit vor ferneren Beunruhigungen bewahrt bleiben können. Herr *Leppmann* hat auf das badische Gesetz für Irrenfürsorge vom 25. Juni 1910 die Aufmerksamkeit hingelenkt. Nach seinen Ausführungen spricht dasselbe zunächst klar und deutlich aus, daß eine Unterbringung eines Kranken ohne oder gegen seinen Willen nicht bloß dann stattfinden kann, wenn er gemeingefährlich ist, nein, wenn es sein Interesse fordert. Es macht die Unterbringung abhängig von der Zustimmung der Regierungsbehörde bzw. des zuständigen Bezirksamtes. Es unterscheidet neben der gewöhnlichen Unterbringung eine dringende, fürsorgliche, in welcher die Genehmigung der Regierung nachgeholt werden kann, und bezeichnet als einen besonderen Grund der Dringlichkeit den Heilungszweck. Es gibt dem Kranken selbst in dem Falle ein Einspruchrecht gegen die Einhaltung, wenn er keinen gesetzlichem Vertreter hat, z. B. wenn er nicht unter vorläufiger oder endgültiger Vormundschaft steht. Über den Einspruch entscheidet das Bezirksamt, und gegen den Entscheid desselben steht dem Kranken bzw. dessen gesetzlichen Vertreter oder dessen Angehörigen Klage im Verwaltungstreitverfahren zu. Ich muß Herrn *Leppmann* zustimmen, wenn er der Ansicht Ausdruck gibt, daß hier wertvolle Grundzüge eines Irrengesetzes gegeben sind, mit dem man wirtschaften könne. Gleichwohl wird man noch weitere Maßnahmen in Vorschlag bringen, um eine Beruhigung der Allgemeinheit herbeizuführen. Ich halte es für sehr zweckmäßig, wenn den Anstalten durch gesetzliche Verfügung ein psychiatrisch genügend vorgebildeter Jurist als Beirat gegeben würde, welcher die Aufgabe hätte, die Rechtsverhältnisse, Vermögensangelegenheiten und Familienbeziehungen des in die Anstalt gebrachten Kranken zu berücksichtigen und im Auge zu behalten. Der Kranke hätte dann von Anfang an einen gesetzlichen Vertreter und Rückhalt, welcher sein Interesse wahrnimmt, und ich glaube, daß durch diese Maßnahme jeder Zweifel im Keim erstickt werden könne, als sei der Kranke aus unlauteren Absichten interniert und des Schutzes und der Wahrnehmungen seiner Angelegenheiten beraubt.

Ich sprach eben, daß der in diesem Sinne wirkende Jurist auch eine genügende psychiatrische Kenntnis besitzen muß. Dieser Wunsch bzw. diese Forderung muß dahin erweitert werden, daß überhaupt Juristen, sofern ihre Sonderbetätigung sich auch auf die Behandlung und Beurteilung krankhafter Seelenzustände erstreckt, nicht nur vorübergehend eine Vorlesung über Psychiatrie hören oder dann und wann ein Kompendium nachschlagen, sondern durch eigene Anschauung und Betätigung in einer Irrenanstalt, unter fachmännischer Unterweisung und Belehrung sich



Kenntnisse sammeln. Nur so wird ein ersprießliches Zusammenwirken zwischen Jurist und Psychiater in der Zukunft möglich sein. Heute finden leider nur zu oft die Ausführungen des sachverständigen Irrenarztes bei vielen Juristen kein Echo, da dem Juristen eben die notwendigen Grundlagen in Psychologie und Psychopathologie fehlen.

Aber auch zur Aufklärung der Allgemeinheit durch die Presse muß etwas geschehen. In einem kleinen Aufsatze „Zur sozialen Bedeutung der Geisteskrankheiten" hatte ich schon 1903 auf eine solche Notwendigkeit hingewiesen. Die Vertreter der Presse sollten, so meinte ich, bevor sie die Öffentlichkeit alarmierten, erst bei der Anstaltleitung vorstellig werden und um ausreichende Auskunft nachsuchen. Wenn sie die letztere nicht erhalten, mögen sie die fragliche Angelegenheit einem wirklich sachverständigen Arzte unterbreiten. In der Nr. 36 der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift vom Dezember 1910 hat der Geh. Medizinalrat Dr. *Siemens* einen Rechtschutz gegen die Angriffe der Presse empfohlen und seinen bekannten Vorschlag gemacht, der dahin geht, daß eine Art Rechtsbureau eingerichtet werde, und zwar in Berlin. Der Deutsche Verein für Psychiatrie soll mit einem tüchtigen Rechtsanwalt in Verbindung treten. Eins der beiden Vorstandmitglieder, welche in Berlin wohnen, und ein oder zwei jüngere Vereinsmitglieder in Berlin, die über gewandte Federn verfügen und Lust und Liebe zur Sache haben, mögen sich der Mühe unterziehen, die einzelnen Fälle zu studieren. Ein Abonnement auf die bezüglichen Zeitungsausschnitte werde bei einem der literarischen Bureaus genommen, und von den beiden Mitgliedern werde fortgehend alles durchgesehen, was in der Presse erscheint. Ergibt sich auch nach Meinung des Vorstandmitgliedes die Notwendigkeit zum Einschreiten, so wenden sie sich an den Bechtsanwalt zur Beratung um Unternehmung der erforderlichen Schritte. Die angegriffenen Kollegen müssen das betreffende Tatsachenmaterial in möglichst schlüssiger Form liefern, gegebenenfalls den Antrag auf Bestrafung stellen und dem Rechtsanwalt Vollmacht zu ihrer Vertretung erteilen. In Fällen, welche die Allgemeinheit der Psychiater betreffen, erteilt der Vereinsvorstand die Vollmacht. Der Rechtsanwalt fordert sich alle Unterlagen ein, sucht die Erlaubnis zur Akteneinsicht nach und geht gegen die Angreifer vor, zwingt sie zum Widerruf und beantragt die Bestrafung wegen Beleidigung.

Einen im wesentlichen verwandten Vorschlag hat in der Nr. 31 der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift 13. Jahrgang Herr Oberarzt Dr. *Beyer*-Bayreuth-Herzoghöhe gemacht. Er führt sehr richtig aus: „Nicht die Kommission soll über einen einzelnen Fall ein Urteil abgeben, sondern die Presse oder das Publikum sollen sich selbst ein Urteil bilden, und die Kommission soll ihnen dazu das Material liefern." Der wesentlichste Unterschied gegenüber der bisher latent gebliebenen Kommission besteht also, wie Dr. *Beyer* hervorhebt, darin, daß sie nicht gegen die Presse arbeiten soll, sondern mit ihr, daß sie den Vertretern derselben ihre



Aufgabe, das Publikum aufzuklären, erleichtert. Die Kommission soll sich mit dem Standesverein der Presse in Verbindung setzen und sich erbieten, das nötige Material zur Verfügung zu stellen, eventuell in enger Fühlung mit ihm den betreffenden Fall zu prüfen. Ich bedauere außerordentlich, daß in seiner letzten Jahresversammlung der Deutsche Verein für Psychiatrie den Vorschlag des Herrn *Siemens* eigentlich hat auf sich beruhen lassen, und ich möchte erneut die Anregung geben, eine Kommission zu ernennen, welche die Prüfung der Vorschläge der Herren *Siemens* und *Beyer* wieder aufnimmt, aber auch zu einer praktischen Durchführung bringt. Es darf nicht weiter mit angesehen werden, daß die Presse in einseitiger Weise ihre Leser unterrichtet, und nach meinen Erfahrungen werden wir bei den Redaktionen der großen Tagesblätter ein geneigtes Ohr finden, um so leichter, wenn nicht der gerade angegriffene Arzt allein das erforderliche Material herbeibringt, sondern eine Kommission von Fachärzten unter Zuziehung eines Rechtsanwaltes durchaus objektiv die notwendigen Tatsachen in gemeinverständlicher Weise darstellt und in einer zur Mitteilung geeigneten Form den Redakteuren unterbreitet. Bei der Durcharbeitung und Präzisierung dieses Vorschlages wird naturgemäß der Paragraph betreffend Schweigepflicht und Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses zu berücksichtigen sein. Dabei ist zu bedenken, daß der Arzt nicht auf seine Initiative hin den Fall an die Öffentlichkeit bringt, sondern nur notgedrungen in der Abwehr handelt; gleichzeitig ist auch in Betracht zu ziehen, daß der Angreifer selbst über seine Angelegenheit Mitteilungen macht, wie bekannt, zumeist ja in entstellter Weise, so daß es sich also nur von seiten des angegriffenen Arztes um eine Berichtigung handelt, und endlich gebe ich zu erwägen, daß wir bei unsern Mitteilungen uns nicht allein auf Beobachtungen, die wir an der untersuchten Persönlichkeit gemacht haben, stützen, sondern für unser Urteil auch Berichte verwenden, die wir von Angehörigen und andern Personen empfangen haben, welche mit dem Internierten in Beziehung stehen. Auch wird es sich verlohnen und im Hinblick auf die erforderliche Aufklärung des Publikums von großem Wert sein, wenn wir einerseits die Fälle sammeln, in denen der Allgemeinheit durch Geisteskranke Nachteil und Schaden erwachsen ist, und andererseits jene Fälle zusammenstellen, welche durch Scheu vor der Irrenanstalt und durch verzögerte Unterbringung in dieselbe einen üblen Ausgang genommen haben. In der Diskussion über den Vortrag des Herrn *Leppmann* in der Medizinischen Gesellschaft hat bereits Herr *Munter* den gleichen Gedanken ausgesprochen, und ich hoffe, daß seiner Verwirklichung bald näher getreten werde.

Ferner wird es darauf ankommen, die uns Irrenärzten wohl klaren Begriffe der Gemeingefährlichkeit und des Vorhandenseins einer Möglichkeit, mit dem Kranken eine Verständigung herbeizuführen, auch für Juristen und gebildete Laien in nicht mißzuverstehender und erschöpfender Weise zum Ausdruck zu bringen. Auch hier dürfte es sich empfehlen,

unsern Anschauungen und Forderungen dadurch Entgegenkommen und Gehör zu verschaffen, daß eine Kommission eine Fassung vorschlägt, welche nach Billigung des Deutschen Vereins für Psychiatrie dann allgemeine Geltung beanspruchen sollte.

Ferner müssen wir als selbstverständliche Forderung hinstellen, daß auch die Gutachten, welche zur Unterbringung eines Kranken in eine Anstalt erforderlich sind, möglichst eingehend erstattet werden und eine präzise nicht mißzuverstehende Symptomatologie des Falles enthalten. Verbreitet ist die Annahme, daß zu einem Aufnahmeattest die Unterschrift zweier praktischer Ärzte notwendig ist. Das ist ein Irrtum; aber man könnte ihn insoweit berichtigen, als wir es für wünschenswert erachten, daß neben der Begutachtung durch einen praktischen Arzt noch die Untersuchung durch einen Psychiater zu erfolgen hätte.

Diese Forderung sollte auch ausgedehnt werden auf die Erstattung von Gutachten in Strafsachen und im Entmündigungsverfahren. Für uns zwar eine Selbstverständlichkeit, muß es aber doch ausgesprochen werden: die Psychiatrie ist eine Wissenschaft so schwieriger Natur, daß nur langjähriges Studium und eigentlich steter Umgang mit den Kranken die Möglichkeit gibt, die notwendigen Grundlagen und Handhaben für die Abfassung eines wissenschaftlich begründeten Gutachtens zu erwerben. Damit will ich natürlich nicht sagen, daß Fachleute unfehlbar sind. Irren ist menschlich, und auch sie können irren; aber die Gefahr des Irrtums wird bei ihnen doch immer in engen Grenzen eingefriedet liegen. Freilich sollte man es als eine Selbstverständlichkeit ansehen, bei Nachprüfungen von Gutachten mit großer Umsicht und Vorsicht zu Werke zu gehen. Leider ist es in letzter Zeit nicht so selten vorgekommen, daß Gutachten abgegeben wurden, ohne daß vorher die Krankheitgeschichte der Anstalt eingefordert wurde, in der der zu begutachtende Fall sich bislang befunden hatte. Ich selbst könnte hiervon Bemerkenswertes berichten, doch will ich von meinen persönlichen Erfahrungen Abstand nehmen. Aber sie veranlassen mich, mit Nachdruck die oben gestellten Forderungen zu erheben. Auch muß gesagt werden, daß jede Anstalt, welche einen fachmännisch gebildeten Arzt zum Leiter hat, als geeignet anzusehen ist, forensische Fälle zu begutachten. Es darf in dieser Hinsicht kein künstlicher Unterschied zwischen den verschiedenen Kategorien der Anstalten gemacht werden; durch die prinzipielle Gleichstellung der Anstalten kann mit dahin gewirkt werden, schädliche Vorurteile zu beseitigen.

Schließlich will ich noch einen Punkt kurz erörtern, der gleichfalls in der Öffentlichkeit zur Besprechung Veranlassung gab und weiterhin gibt. Gegen die Privatanstalten wird der Verdacht ausgesprochen: um materiellen Gewinnes willen sei man bereit, bei der Aufnahme von Kranken etwas weniger vorsichtig zu sein, und der klingenden Münze zuliebe sei man vielfach bereitwillig, Kranke über Gebühr zurückzuhalten. Vor Fachleuten brauche ich ebensowenig auf diese Anwürfe einzugehen, wie ich es

nicht für nötig erachte, die öffentlichen Anstalten in Schutz zu nehmen, weil wiederholt gegen sie der Vorwurf erhoben wurde und wird, sie stellen sich in Abhängigkeit und in den Dienst der Polizei, um etwa politisch mißliebige Elemente in die Irrenanstalt aufzunehmen und dort festzuhalten. Diesem Vorurteil bin ich bei gebildeten Laien und Juristen begegnet. In meiner Abhandlung „Zur Behandlung der forensischen Alkoholisten“ im 64. Bande der Zeitschrift für Psychiatrie hatte ich darauf hingewiesen, daß die Polizei in der Lage ist, jeden von uns unterstützten Antrag auf Entlassung bis auf weiteres abzulehnen. Es mag sein, daß durch dieses Recht der Polizei die öffentliche Meinung in Unruhe geraten ist. Vielleicht ließe sich hierin eine Abhilfe schaffen, insofern die Polizei nicht einfach auf dem Verwaltungswege ihr kategorisches Nein erteilen läßt, sondern ihre Zustimmung oder Ablehnung der gewünschten Entlassung eines Kranken aus der Anstalt von dem Votum einer Kommission von Sachverständigen abhängig macht. Diese Auffassung, die ich in dem erwähnten Aufsatze vertrat, habe ich auch heute noch, und ich möchte sie doch wenigstens zur Erörterung gestellt haben.

Wenn ich nach den vielen bitteren Erfahrungen, die ich gemacht habe, das Eine erreichen könnte, daß meine Ausführungen, wenn auch nur in dieser und jener Hinsicht, einen wirkungvollen Nachhall fänden, so würde ich es dankbar begrüßen.

Diskussion. — *Falkenberg*-Herzberge: Bei der Beurteilung der derzeitigen ablehnenden Haltung weiter Kreise gegen unser Arbeitgebiet darf der Gang unserer modernen politischen Entwicklung, die zu einer Überspannung des Begriffs der persönlichen Freiheit und einer Überschätzung ihres Schutzbedürfnisses neigt, nicht außer acht gelassen werden. Dieser Entwicklung müssen wir, auch wenn wir sie nicht billigen, Rechnung tragen und der scharfen Abwehr unberechtigter Angriffe positive Vorschläge zufügen; auch von einem Gegner, dessen Prämissen zurückgewiesen werden müssen, soll man lernen. Von den einzelnen recht beachtenswerten Anregungen des Vortragenden dürfte der Vorschlag auf Beiordnung eines juristischen Beirates zur Prüfung und Wahrnehmung der persönlichen und vermögensrechtlichen Interessen der Kranken gewiß manche Vorteile bieten. Die Klagen über mangelnden Rechtschutz der Kranken werden durch ihn aber ebensowenig beseitigt werden, wie durch die von anderer autoritativer Seite erstrebte Ausdehnung der Pflegschaft (§ 1910 BGB.) auf möglichst alle Aufgenommenen. Die Pflegschaft an sich macht den Bepflegten, abgesehen von den wenigen im Gesetz angeführten Einzelfällen, nicht unfähig, seine Geschäfte selbst zu führen: sein Wille bleibt neben dem seines Pflegers rechtlich bestehen, und im Streitfall muß für jede einzelne mit den Willensäußerungen des Bepflegten nicht übereinstimmende Unterlassung oder Handlung des Pflegers erst der Nachweis geführt werden, daß der Wille des Kranken als der eines



Geschäftsunfähigen rechtlich nicht beachtlich ist. Diese Notwendigkeit läßt weder die Ausdehnung der Pflegschaft im Sinne des BGB. auf möglichst alle Kranke noch die Einführung des juristischen Beirats im Sinne des Vortragenden als gangbaren Weg erscheinen, um zu einer gesetzlichen Vertretung des Kranken zu gelangen, die kraft eigenen Rechtes, unter Aufsicht der zuständigen staatlichen Instanzen, während des Anstaltsaufenthaltes des Kranken fürsorglich über dessen Vermögen und Person, insbesondere, was uns heute besonders interessiert, über das Verbleiben in der Anstalt, bestimmen könnte. Daß die Entmündigung, die an sich diese Forderungen erfüllen würde, im allgemeinen nicht als Voraussetzung für die Zurückhaltung des Kranken in der Anstalt gelten darf, braucht in diesem Kreise ja nicht weiter ausgeführt zu werden.

Wichtiger als die Einzelvorschläge des Vortragenden scheint aber eine präzise Stellungnahme zu der grundsätzlichen Frage, ob unser Irrenwesen einer neuen gesetzlichen Regelung bedarf. Bis vor kurzem ist diese Frage von den Psychiatern, die mit Recht in dem Verantwortlichkeits- und Pflichtgefühl des Arztes den besten Schutz der Kranken erblickten und von unzweckmäßigen gesetzlichen Bestimmungen eine Schädigung der Interessen ihrer Kranken befürchteten, fast stets verneint worden. Erst in den letzten Zeiten beginnt sich ein Umschwung vorzubereiten: Inzwischen ist das Badische Gesetz erlassen und hat gezeigt, daß auch ein Gesetz nicht notwendigerweise eine Erschwerung der Aufnahmen oder sonstige Schädigungen mit sich bringen muß; das Interesse an den das Irrenwesen berührenden rechtlichen Problemen hat zu weiterer Fragestellung angeregt, und an die Frage nach ausreichendem Schutz für die Geisteskranken hat sich die weitere nach ausreichendem Schutz der Gesunden vor Geisteskranken angeschlossen. Auf Grund solcher und anderer Erwägungen hat erst vor wenigen Wochen *A. Leppmann* in seinem Vortrag in der Berliner Medizinischen Gesellschaft die Forderung nach einem Irrengesetz erhoben. *Juliusburger* ist ihm gefolgt und auch ich stehe nicht an, diese Forderung als eine recht dringende zu bezeichnen. Vergegenwärtigt man sich, soweit es im Rahmen einer kurzen Diskussionsbemerkung überhaupt möglich ist, die gesetzlichen Grundlagen, auf denen das Irrenwesen in Preußen beruht, so sind für die öffentlichen Anstalten namentlich zwei Bestimmungen hervorzuheben: die eine ist die bekannte Vorschrift des Allgemeinen Landrechts, Teil II, Titel 17, § 10: „Die nötigen Anstalten zur Erhaltung der öffentlichen Ruhe, Sicherheit und Ordnung und zur Abwendung der dem Publiko oder einzelnen Mitgliedern desselben bevorstehenden Gefahr zu treffen, ist das Amt der Polizei“ (und in Anlehnung hieran der § 6 des Gesetzes über die Polizeiverwaltung vom 11. März 1850, nach dem zu den Gegenständen der ortspolizeilichen Vorschriften gehören: a) der Schutz der Personen und des Eigentums .... f) Sorge für Leben und Gesundheit); die andere



findet sich im Preußischen Ausführungsgesetz zum Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz (in der Fassung vom 11. Juli 1891), das den Landarmenverbänden die Verpflichtung auferlegte, für Bewahrung, Kur und Pflege der hilfsbedürftigen Geisteskranken usw., soweit sie der Anstaltpflege bedürfen, in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen, und dessen § 31 b lautet: „Die Bestimmungen über die Aufnahme und Entlassung der Anstaltpflegebedürftigen .... werden in Reglements getroffen, welche der Genehmigung der zuständigen Minister unterliegen.“ Die gelegentlich aufgestellte Behauptung, daß das preußische Irrenwesen der gesetzlichen Grundlagen entbehre, ist also irrig, eine andere Frage ist aber, ob diese Grundlagen ausreichen. Ob die Vorschrift des Allgemeinen Landrechts wirklich eine so extensive Auslegung gestattet, wie es irrenärztlicherseits vielfach angenommen wird, mag hier unerörtert bleiben, sicher haben sich bei der Ausführung Mängel gezeigt, auf die *Leppmann* wiederholt hingewiesen hat. Sicher ist auch, daß die nach § 31 b des Preußischen Gesetzes erlassenen Reglements recht erhebliche Verschiedenheiten zeigen, gerade mit Bezug auf die Fragen, die zu dem heutigen Vortrage in Beziehung stehen (genaue Bezeichnung der Behörden und Privatpersonen, die zur Stellung des Antrages auf Aufnahme eines h i l f s b e d ü r f t i g e n Kranken berechtigt sind; Vorschriften über das einzuschlagende Verfahren, falls die Ortspolizeibehörde die Aufnahme eines Kranken, für den in seiner hilflosen Lage nicht ausreichend gesorgt wird, für nötig hält, der gesetzliche Vertreter, einer der nächsten Verwandten oder die Ehefrau der Aufnahme aber widersprechen; Versagung der Entlassung wegen fortbestehender Anstaltpflegebedürftigkeit, obgleich der fürsorgepflichtige Armenverband die Entlassung beantragt, u. a.). Ein Vergleich der für Brandenburg und für Berlin geltenden Reglements wird das ohne weiteres zeigen; die für die anderen Provinzen erlassenen Reglements sind aber, wenn ich nicht irre, wieder von diesen beiden Reglements und auch unter sich verschieden, und doch bilden gerade diese reglementarischen Ausführungsbestimmungen auf Grund des § 31 b nicht nur formal, sondern auch materiell die rechtliche Grundlage für die Aufnahme, Behandlung und Entlassung aller hilfsbedürftigen Kranken. Wenn man erwägt, von wie ausschlaggebender Wichtigkeit bei allen rechtlichen Fragen gerade der Wortlaut der anzuwendenden Bestimmungen ist, kann diese Mannigfaltigkeit und Verschiedenheit schwerlich als zweckmäßig oder als unwesentlich erachtet werden. Die Verschiedenheit der Reglements bringt es auch mit sich, daß in dem einen Fragen ausführlichst und unter Anführung von Details behandelt werden, über die das andere Reglement mit einem kurzen Satz hinweggeht, ohne daß sich behaupten ließe, daß das letztere durch seine allgemeinere Fassung eine erschöpfendere Antwort gebe; die lokal begrenzte Gültigkeit der Reglements führt daher in der Praxis auch zu verschiedener Auslegung und Handhabung einzelner Vorschriften. Die Forderung nach einer größeren Einheitlichkeit und

Übersichtlichkeit der gesetzlichen Bestimmungen erscheint danach berechtigt; ihre Erfüllung wird, zumal auch eine Ergänzung der Vorschriften über die Bestellung einer gesetzlichen Vertretung der Kranken, über die Entlassung und ihre eventuelle Versagung (und zwar nicht nur bei sicherheitsgefährlichen, sondern auch bei nur hilfsbedürftigen Kranken) u. a. notwendig werden dürfte, ohne Inanspruchnahme der Gesetzgebung nicht zu erwarten sein. Der Einwand, daß es sich bei einem solchen neuen Gesetz im wesentlichen nur um eine Kodifikation des bestehenden Rechts handeln würde, wird, auch wenn er zuträfe, nicht zur Ablehnung der Forderung führen dürfen. Auch eine solche Kodifikation schafft größere Klarheit, hilft dem Arzt die Verantwortung leichter tragen und gibt ihm einen sichereren Boden für die Zurückweisung ungerechtfertigter Beschuldigungen; vor allem aber schafft sie einheitliches Recht und gibt der Rechtsprechung Gelegenheit, maßgebende Grundsätze für die Anwendung der einzelnen Bestimmungen aufzustellen und dadurch zur Klärung etwaiger strittiger Fragen beizutragen. Fehler und Unebenheiten, die der ersten Gesetzgebung anhaften könnten, werden sich, wie die Geschichte der in den letzten Jahren erlassenen Gesetze zeigt, auf dem Boden der durch die Judikatur gewonnenen Erfahrung später ändern und ausgleichen lassen.

Zinn-Eberswalde: Die Forderung eines Irrengesetzes ist neuerdings auch in den Reihen der Psychiater wiederum mehr und mehr laut geworden. Und wenn ich dieses Verlangen auch für wohl begreiflich und berechtigt halte, so kann ich mich dem Drängen nach Verwirklichung dieser Forderung doch nur unter der Voraussetzung anschließen, daß der Auf- und Ausbau eines solchen Gesetzes auf der Grundlage der Anerkennung der Irrenanstalten als Krankenanstalten und ihrer ersten und wichtigsten Zweckbestimmung der Heilung, Besserung und Pflege einer bestimmten Art von Kranken, eben der Geisteskranken, gesichert ist. Ich muß dessen gewiß sein können, daß in dem verlangten Irrengesetz die tatsächlichen Interessen unserer Kranken vertreten und gewahrt werden nach den Forderungen der Irrenheilkunde in Wissenschaft und Praxis, und nicht nach mehr oder weniger gut gemeinten, in ihrer Wirkung aber verfehlten Vorschlägen und Anschauungen von Ratgebern, die, wie die Ausführungen des Herrn Vortragenden von neuem gezeigt haben, wegen mangelnder oder unzureichender Sachkenntnis hierzu weder berufen noch befugt sind. Was wir da über die vermeintlich zweckmäßigste Gestaltung der Aufnahmebedingungen, was wir, selbst von ärztlicher Seite, für Ansichten und Urteile über Irrenwesen und Irrenfürsorge soeben in dem Vortrage gehört haben, das beweist nur von neuem, daß es leider auch unter den Gebildeten noch viele Leute gibt, die von diesen Dingen wenig oder gar nichts verstehen und doch zum Berichterstatter und Berater der öffentlichen Meinung sich berufen fühlen und die Verantwortung dafür glauben tragen zu können.



Ein Irrengesetz, wie ich es mir vorstelle, hätte in erster Linie an Aufnahmebedingungen festzuhalten, die, bei aller Rücksicht auf den Schutz der persönlichen Freiheit und die Rechte der Person, auf die Forderungen der sozialen Gesetzgebung, auf die Sicherstellung der Kosten usw. usw., die Aufnahme der Kranken möglichst einfach gestalten — ähnlich denen der allgemeinen Krankenanstalten — sie also tunlichst erleichtern und nicht erschweren; ein solches Gesetz hätte weiter die Entlassung und die Zurückhaltung der Kranken in einer ihren eigenen Interessen und denen der Außenwelt entsprechenden und nicht von Vorurteilen und allerlei abenteuerlichen Ansichten und Anschauungen genährten Weise zu regeln; es hätte weiter, wie es neuerdings besonders von *Leppmann* hervorgehoben worden ist, auch dem Psychiater, dem Anstaltarzt Schutz zu gewähren gegen ungerechtfertigte Angriffe, Verleumdungen und Verdächtigungen aller Art, wie sie jetzt wieder mal an der Tagesordnung sind, und endlich auch den Arzt in den Stand zu setzen, Einflüsse und Einwirkungen von seinen Kranken fernzuhalten, die sie direkt oder indirekt zu schädigen und den Zweck der ärztlichen Anstaltbehandlung in Frage zu stellen und zu vereiteln geeignet sind. Wenn Aussicht ist, ein solches Irrengesetz, wie ich es oben in groben Zügen gezeichnet habe, zu bekommen, dann soll es je eher je lieber willkommen sein. Und fast könnte es scheinen, als ob wir dieser glücklichen Zeit schon sehr nahe wären, wenn wir nach Baden blicken, wo ein erfreulicher Ansatz für ein solches Irrengesetz neuerdings bereits gemacht ist. Aber es ist wohl kein Zweifel, daß Hoffnung auf Übernahme dieses Gesetzes auf Preußen oder das Reich nicht gesetzt werden kann, schon aus äußeren und verwaltungstechnischen Gründen; und wenn ich dann weiter mir nicht verhehle, welche Anschauungen über Geisteskranke und Irrenanstalten heute noch ganz allgemein und gerade auch unter den Gebildeten verbreitet sind, wenn ich die gelegentlichen Verhandlungen über dieses Thema in den parlamentarischen Körperschaften mir ins Gedächtnis zurückrufe, wenn ich die heutigen Zeitläufte, wie sie nun einmal sind, betrachte, dann, meine Herren, wird mein Verlangen nach einem Irrengesetz wieder stille, und es will mir ratsam scheinen, in Geduld besserer Zeiten zu harren, bis die Erkenntnis der Wahrheit, die schließlich doch siegen muß, und alles dessen, was in diesen Dingen wirklich zu Nutz und Frommen ist, mehr und mehr Gemeingut Aller geworden ist. Denn ich kann mich der Überzeugung nicht entschlagen, daß ein aus den heutigen Zeitverhältnissen heraus gemachtes Irrengesetz nicht zum besseren, sondern nur zum schlechteren ausfallen kann und muß. In dieser Auffassung kann mich der Blick auf den neuen österreichischen Entwurf eines Irrengesetzes nur eindringlich bestärken und liegt es sehr nahe, ihn als Muster auch für unsere Verhältnisse empfohlen zu sehen. Aus all diesen Gründen kann ich mich dem Verlangen in unseren Reihen nach einem Irrengesetz heutzutage nicht anschließen, ich halte die Zeit dazu für noch nicht gekommen und warne, allzu begierig



danach zu sein. Das enthebt aber nicht der Pflicht, wo nur irgend möglich, in Wort und Schrift, an der Aufklärung aller Gesellschaftsklassen über alles, was mit dem Irrenwesen zusammenhängt, weiter zu arbeiten und so bessere Zeiten mit mehr Verständnis und mehr Einsicht für das, was nottut, herbeizuführen. Und da mit am wirksamsten die Aufklärung von Mund zu Mund ist, so mögen besonders auch alle die Berufenen unter uns, die Gelegenheit haben, mit maßgebenden öffentlichen Persönlichkeiten, mit den Mitgliedern der gesetzgebenden Körperschaften in Berührung zu kommen, ihre Stimmen immer wieder ertönen lassen.

Und nun zu den Vorschlägen zur Abwehr der in letzter Zeit wiederum zunehmenden Angriffe auf die Psychiater; ich nehme sie nicht allzu tragisch, sie sind, solange ich mich als Irrenarzt dessen erinnern kann, noch nie ganz verstummt, in neuerer Zeit allerdings wieder einmal mächtig emporgediehen. Wie schwer es ist, zu ihrer Abwehr das Richtige zu treffen, das hat der Herr Vortragende an verschiedenen Beispielen gezeigt; ich erinnere an die von ihm mitgeteilten Aussprüche, die von Ärzten aus unseren Reihen in bester Absicht gemacht, dabei aber leicht ins Gegenteil und zum Schaden der von ihnen vertretenen guten Sache ausschlagen können. Es werden diese Abwehrmaßregeln ganz besonders eingehend überlegt und beraten werden müssen. Wenn ich nicht irre, hat der Deutsche Verein für Psychiatrie die Standeskommission mit dieser Materie befaßt und können wir danach wohl heute von der Einsetzung einer besonderen Kommission absehen und die Vorschläge der Standeskommission abwarten. Auf eines möchte ich aber trotzdem nicht ganz verzichten, das ist die Bitte um kurze tatsächliche Berichtigungen aller der Fälle, in denen bei solchen Angriffen die Tatsachen in einer die Öffentlichkeit beunruhigenden, irreführenden und oft sensationellen Weise entstellt sind. Daß derartige Schilderungen oft wochen- und monatelang unberichtigt bleiben, halte ich im Interesse der öffentlichen Meinung und aller Beteiligten für äußerst schädlich und nachteilig. Und ich glaube, daß wir uns da vor dem § 300, dessen Wert für das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Kranken wir alle wohl gleich hochschätzen, nicht allzu ängstlich und engherzig zu hüten brauchen. Die Darstellungen in den Zeitungen begnügen sich in der Regel nicht mit allgemeinen Andeutungen, sie gehen vielmehr meist ganz genau in die Einzelheiten — Namen, Daten usw. — ein, so daß eine Berichtigung in dieser Beziehung tatsächlich nichts Neues in die Öffentlichkeit bringt. Und wenn ich sehe, in welcher Weise nicht nur Wissen und Können, sondern vor allem auch Zuverlässigkeit und Pflichttreue, wie Ehre und Ansehen und die ganze gesellschaftliche und wirtschaftliche Stellung des Arztes in solchen Angriffen bloßgestellt wird, so kann ich mir nicht denken, daß eine solche tatsächliche Berichtigung, die sich auf das zur Klarstellung unbedingt Erforderliche beschränkt und darüber hinaus Einzelheiten ohne Not nicht preisgibt, als ein Verstoß gegen das Berufsgeheimnis ausgelegt oder gar bestraft werden könnte. Es stehen dem

nicht nur die berechtigten Interessen des Einzelnen, sondern vor allem auch Rücksichten allgemeiner öffentlicher Art entgegen.

Hans Laehr-Schweizerhof: Auch ich erwarte keine Besserung von einem jetzt im Reichstag oder in den preußischen Kammern einzubringenden Irrengesetz. Die Antwort auf die Frage, ob ein Gesetz oder die gegenwärtige Regelung durch Verordnungen vorteilhafter scheint, hängt wesentlich davon ab, ob man bei der Volksvertretung oder bei den Behörden größere Sachkenntnis und Unbefangenheit voraussetzt, und da meine ich, daß man es der Regierung wohl zutrauen kann, ein zweckentsprechendes Irrengesetz, etwa nach Art des badischen, einzubringen, unsren Parlamenten aber kaum, es ohne erhebliche Verschlechterung anzunehmen. Diese materielle Verschlechterung würde den Vorzug der Einheitlichkeit, so hoch dieser auch einzuschätzen ist, bei weitem überwiegen. Aber das ist persönliche Ansicht und berührt kaum die uns heute beschäftigende Frage der Abwehr ungerechter Angriffe. Denn ob wir nach Maßgabe von Gesetzen oder von Verordnungen handeln, ist in dieser Hinsicht gleich. Auch das zweckmäßigste Irrengesetz wird irrtümliche Beschuldigungen nicht verhindern noch vermindern. Gegen diese kann der Beschuldigte vorgehen. Er kann in einzelnen Fällen berichtigen. Allerdings glaube ich, daß ihm hierin recht enge Grenzen gezogen sind durch die Pflicht, das Berufsgeheimnis zu wahren. Bei dem Vorwurf ungerechtfertigter Freiheitberaubung z. B. kann wohl die formale Berechtigung der Aufnahme in die Anstalt öffentlich festgestellt, selten aber die Notwendigkeit der Aufnahme materiell dargetan werden, ohne die Schweigepflicht zu verletzen. Häufiger wird der Angegriffene klagen, gegebenenfalls den Schutz seiner Behörde anrufen oder eine Untersuchung beantragen können. Sehr viel schwieriger ist es, Mittel anzugeben, wie Angriffen auf Einzelne oder den ganzen Stand zweckmäßig von Vereins wegen zu begegnen ist; wie schwierig, ersieht man daraus, daß auf der letzten Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie die darauf bezüglichen Vorschläge der Standeskommission dieser selbst nach nochmaliger Durchberatung unzweckmäßig erschienen und deshalb von ihrem Vorsitzenden zurückgezogen wurden. Das Ergebnis neuer Beratungen wird uns in Kiel vorgelegt werden. Ich glaube nicht, daß die weitgehenden Hoffnungen, die Manche auf eine Vereinsveranstaltung setzen, sich erfüllen können. Am aussichtreichsten erscheint mir noch der Versuch, gemeinsam mit dem deutschen Presseverein eine Kommission zu bilden, welche einschlägige Fälle besprechen und, wo dies angeht und nützlich erscheint, Berichtigungen erlassen könnte, die gewiß von Wert wären. Solches Zusammenarbeiten könnte aber auch in andrer Richtung nützen, wenn anders das Meiste von der Aufklärung des Publikums zu erwarten ist. Diese kann nicht durch den Verein als solchen oder eine Kommission, sondern nur durch Einzelne erfolgen, und sie wird am wirksamsten sein, wenn sie durch die Tagespresse verbreitet wird, die nun



einmal am weitesten dringt. Ließe es sich in größerem Umfang ermöglichen, daß auch Psychiater in persönliche Fühlung mit Zeitungsredaktionen kommen und ihnen dauernd als Berater und Mitarbeiter zur Seite stehen, so wäre sehr viel gewonnen. Dieser Verbindung könnte aber aus einem, wenn auch nur gelegentlichen, gemeinsamen Zusammenarbeiten von Beauftragten des deutschen Pressevereins und des Deutschen Vereins für Psychiatrie erhebliche Förderung erwachsen.

M. Edel-Charlottenburg berichtet, daß bereits von seiten der Vereinigung der Privatirrenanstaltleiter Schritte unternommen seien, mit der Presse zwecks gemeinsamer Aufklärung des Publikums Fühlung zu nehmen. Herr *Friedländer* habe dankenswerterweise den Redakteur der Frankfurter Zeitung gewonnen, und dieser habe sich dem Vernehmen nach bereit erklärt, mit Vertretern der psychiatrischen Vereinigung zu beraten, wie an den Reichsverband der deutschen Presse heranzutreten sei. Wenn die Aufklärung des Publikums durch die Presse mit Hilfe einer psychiatrischen Kommission naturgemäß auch erst später erfolgen könne, so sei dies doch auch dann noch voraussichtlich von großem Nutzen und würde sicherlich zur Beruhigung des Publikums dienen. Für ein preußisches Irrengesetz halte ich auch aus den von Herrn *Zinn* angeführten Gründen die Zeit noch nicht für gekommen.

Die von Herrn *Juliusburger* und Herrn *Leppmann* betonte Notwendigkeit besserer psychiatrischer Vorbildung der Juristen teile ich voll und ganz. Ich kann berichten, daß Herr Gerichtsarzt *Strauch* mit mir seit zwei Semestern für Juristen regelmäßig Vorlesungen mit Demonstration von Kranken hält, und daß die Herren Juristen mit großem Eifer und Interesse den Ausführungen folgen.

James Fraenkel-Lankwitz: Aus den sehr lehrreichen und sachgemäßen Ausführungen des Herrn *Juliusburger*, die so manche wertvolle Anregung enthalten, möchte ich mir erlauben, nur einen wichtigen Punkt zu erwähnen, der allgemeines Interesse erheischt, nämlich den § 1910 BGB. „Es kann ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, einen Pfleger erhalten, wenn er infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag.“ Diese Bestimmung ist völlig einleuchtend und bedarf keiner weiteren Auseinandersetzung, um so weniger als die Begriffe „körperliches“ und „geistiges Gebrechen“ in den Kommentaren genügend erklärt werden. Zu Meinungsverschiedenheiten gibt aber der Zusatz Anlaß, nach welchem nur mit Einwilligung des Gebrechlichen die Pflegschaft angeordnet werden darf, es sei denn, daß eine Verständigung mit ihm nicht möglich ist. Wenn auch der Begriff „Verständigung“ streng genommen kein rein medizinischer ist, und die Juristen seine Definition für sich in Anspruch nehmen, so soll doch stets der sachverständige Arzt sein Urteil über die Verständigungsmöglichkeit mit einem Gebrechlichen abgeben, da an ihn eine diesbezügliche Anfrage vor Einsetzung einer Pflegschaft ergeht.



Wie das Gesetz den Begriff „Verständigung“ aufgefaßt wissen will, darüber existieren eine Reihe vielfach auseinandergehender juristischer und psychiatrischer Erläuterungen. Zunächst muß festgestellt werden, daß der Begriff sich aus zwei Komponenten, dem „Verstehen“ und dem „Verstandenwerden“ zusammensetzt. Eine Verständigung unter Zweien kann nur zustandekommen, wenn der Eine versteht, was der Andere sagt und meint, und wenn dieser von jenem richtig verstanden wird. Es ist ferner einleuchtend, daß „Verständigung“ ebensowenig nur die akustische Aufnahme von Wortbildern, wie die bloße Fähigkeit, seine Gedanken zu verraten, bedeuten kann. Denn es ist sehr wohl denkbar, daß ein geistig Gebrechlicher in einer Unterredung alles richtig hört und ihm kein Wort entgangen ist, sowie daß er ferner mit Redegewandtheit sich äußert und sogar mit einer gewissen Schlagfertigkeit zu erwidern versteht; und doch kann man zu dem Schlusse kommen, daß eine Verständigung mit ihm nicht möglich ist. Andererseits wird man sich unter Umständen mit einem Tauben oder mit einem Stummen, ja sogar mit einem Taubstummen recht gut verständigen können. — Von einer Verständigungsmöglichkeit wird deshalb bei einem Geisteskranken nur die Rede sein können, wenn er seine Lage vernunftgemäß zu beurteilen vermag, wenn er genügende Einsicht für die Notwendigkeit der Einsetzung einer Pflegschaft über ihn besitzt, und wenn seine Gefühlsrichtung nicht zu erheblichen Schwankungen unterworfen ist. Wenn aber ein geistig Gebrechlicher, trotz wiederholter gegenteiliger ärztlicher Versicherung, immer wieder seine geistige Gesundheit betont, wenn er seine Äußerungen dauernd mit wahnhaften Vorstellungen verquickt, wenn während der Exploration ein so hochgradiger Affekt eintritt, daß es nicht ratsam erscheint, sie fortzusetzen, so wird man zu dem Ergebnis gelangen, daß eine Verständigung mit ihm unmöglich ist. Wie sollte auch ein Verständigungsmodus gefunden werden bei jemandem, der sich für geistig unversehrt hält, der zu Unrecht, lediglich durch Haß und Rachsucht der Seinigen, interniert sein will und bei der jedesmaligen Rücksprache in exzessive Erregung gerät? Schon allein infolge des mangelnden Krankheitbewußtsein beurteilt ein solcher Patient seine augenblickliche Situation falsch; er vermag sie mit den tatsächlichen Verhältnissen nicht in Einklang zu bringen. Also nur wenn bei einem Geisteskranken die Fähigkeit einer sinngemäßen Kritik über seine eigenen Angelegenheiten vorhanden ist, wird die Verständigungsmöglichkeit mit ihm bescheinigt werden können. Hieraus ergibt sich schon, daß diese in der Mehrzahl der Fälle als ausgeschlossen zu erachten sein wird.

Diese Auffassung teilen die meisten Autoren; ihr schließen sich auch unsere Städtischen Anstalten an, wie ich es häufig genug in den Akten bestätigt sah. So finden sich wiederholt Pflegschaftatteste nach folgendem Wortlaut: „Der p. . . . . . ist geisteskrank nach § 6 BGB.; er ist unvermögend, seine Angelegenheiten zu besorgen; eine Verständigung

ist mit ihm, als einem Geisteskranken, nicht möglich." In anderen Fällen wird dem erforderten Zeugnis noch nachstehende Bemerkung hinzugefügt: „Wir senden beifolgende Einverständniserklärung des Patienten ab, bemerken jedoch, daß nach ärztlicher Äußerung die Möglichkeit einer Verständigung mit ihm als einem Geisteskranken nicht als vorliegend zu erachten ist." Es wird also hier von vornherein subsumiert, daß man sich mit einem Geisteskranken nicht verständigen kann.

Bisher bin auch ich nach den soeben proklamierten Maximen bei der Ausstellung von Pflegschaftattesten — ohne jede Beanstandung — verfahren. Nur in einem einzigen Falle hat das Gericht nachträglich einen andern Standpunkt vertreten. Nicht das ärztliche Urteil wurde als maßgeblich erachtet, sondern vielmehr die eidlich erhärteten Aussagen von Bekannten und Angestellten des Kranken, die vorher mit ihm in Verkehr standen.

Es erscheint mir wünschenswert, wenn auch vor diesem Forum recht viele Ansichten über das angeregte Thema laut würden.

Zinn-Eberswalde: Im allgemeinen kann ich mich mit den Ausführungen des Herrn Vorredners einverstanden erklären, und es ist mir unverständlich, wie aus der von ihm mitgeteilten Auffassung des Begriffs der „Verständigung" und seiner praktischen Verwertung ein Vorwurf erhoben werden kann. Es ist aber kein Zweifel, daß der Begriff „der Verständigung" im Sinne des § 1910 verschiedenartiger Auslegung unterliegt, und daß er namentlich vielfach viel weiter gefaßt wird. Aus rein praktischen Gründen pflegen wir in Eberswalde daher in den Fällen, in denen wir eine Verständigung für nicht möglich halten, eine kurze Zustandschilderung zu geben und damit zu schließen, daß danach „nach unserem Dafürhalten" eine Verständigung nicht möglich ist. Damit heben wir unsere subjektive Auffassung als solche deutlich heraus und geben dem Richter zugleich Einsicht in die Beweggründe unseres Urteils, eventuell auch noch mit dem Hinweis, sich selbst durch Rücksprache mit dem Arzt und durch die persönliche Vernehmung des Kranken in der Anstalt sein Urteil zu bilden.

Falkenberg-Herzberge kann Herrn *Zinn* nicht folgen, wenn er aus dem wahrscheinlichen Inhalt des Gesetzes zu einer Ablehnung der Forderung einer gesetzlichen Regelung überhaupt kommt. Zunächst teilt er in Hinblick auf das b a d i s c h e Gesetz nicht die pessimistischen Ansichten *Zinns* und *Laehrs*; im übrigen sei es ihm aber in seinen Bemerkungen nicht auf den I n h a l t des Gesetzes angekommen, über den man ja noch später werde diskutieren können, sondern um die hiervon unabhängige g r u n d s ä t z l i c h e Stellungnahme zu der Frage: Ist die rechtliche Basis, auf der der Anstaltsarzt bei der Wahrnehmung der Interessen seiner Kranken steht, in allen Fällen so unangreifbar und eindeutig, daß eine Änderung nicht notwendig erscheint? Er, für seine Person, komme zu einer Verneinung der Frage und damit zu der prinzipiellen Forderung einer neuen gesetzlichen Regelung. Die von *Zinn* so warm



befürwortete Aufklärung dürfe gewiß nicht unterlassen werden, einen durchgreifenden Erfolg könne er sich aber von ihr allein nicht versprechen.

Zinn-Eberswalde: Um ganz kurz auf die letzten Ausführungen des Kollegen *Falkenberg* einzugehen, kann ich nur wiederholen, daß ich die Frage, ob ein Irrengesetz verlangt werden muß, von der Frage, wie es, wenn es jetzt verwirklicht wird, voraussichtlich ausfallen wird, nicht trennen kann. Ein Irrengesetz um jeden Preis scheint mir bedenklich und gefährlich; nur wenn ich einigermaßen die Garantie habe, daß es auch wirklich zum Guten ausschlägt, kann ich dem Drängen danach zustimmen, und diese Garantie fehlt bisher noch. Inzwischen mögen wir uns begnügen in dem Bestreben, die bestehenden Bestimmungen, soweit sich Lücken gezeigt haben, auf dem Wege der Verordnung, der Reglements usw. zu ergänzen und zu vervollkommnen.

Liepmann-Dalldorf: Die Frage des Herrn *Fraenkel* gehört zu denen, die völlig befriedigend nicht gelöst werden können. Der § 1910 ist nicht für Geisteskranke, sondern für körperlich oder geistig Gebrechliche geschaffen, daher ist wohl bei „Verständigung" ursprünglich an den gröberen Sinn des Wortes: Fähigkeit, eine fremde Meinung zu verstehen und die eigene zum Ausdruck zu bringen, gedacht.

Die Anwendung des Paragraphen auf Geisteskranke würde aber zum großen Teil illusorisch werden, wenn man dann nicht mit Herrn *Fraenkel* vernünftigerweise dem Wort „Verständigung" einen engeren und feineren Begriff zugrunde legte. Dies geschieht auch ganz allgemein. Um den Kranken die Wohltat der Pflegschaft nicht zu entziehen und um sich selbst zu schützen, empfiehlt es sich, zu schreiben: „Mit X., als einem Geisteskranken, ist eine Verständigung nicht möglich"; womit man dem Richter gegenüber ausdrücklich betont, daß man den feineren psychiatrischen Sinn des Wortes „Verständigung" im Auge hat.

Warnke-Berlin warnt in Anlehnung an die Ausführungen von Herrn Direktor *Zinn* gleichfalls dringend davor, schon jetzt etwa die Materie der Irrengesetzgebung vor das Forum der gesetzgebenden Körperschaften zu bringen. Der Mangel an Verständnis in diesen Kreisen sei entsetzlich. Wolle man Verbesserungen, dann sei der Weg der Aufklärung des Reichstages z. B. durch eine Kommission, die Material sammle, erwägenswert.

Juliusburger hält seine Forderung eines Irrengesetzes aufrecht und teilt hierin die Ausführungen des Herrn *Falkenberg*. Im Gegensatz zu letzterem hält er eine Aufklärung nach allen Richtungen hin für dringend notwendig. Zu begrüßen sei die Fassung des Begriffs der Verständigung mit einem Kranken, wie sie von den Herren *Zinn* und *Liepmann* gegeben wurde. *Juliusburger* schlägt eine Kombination beider Fassungen vor[1]). *Hans Laehr*.

---

[1]) Inzwischen hat der S. 124 erwähnte Herr seine Klage wegen Beleidigung gegen mich auf eigene Veranlassung und unter Tragung der Kosten zurückgenommen. Ebenso hat er auf Entschädigungsansprüche an San.-R. *Fraenkel* und mich verzichtet. *J.*



Kleinere Mitteilungen.

Ein Kursus und Kongreß für Familienforschung, Vererbungs- und Regenerationslehre findet vom 9. bis 13. April in Gießen statt.

Der nächste Kongreß für experimentelle Psychologie findet vom 16. bis 19. April 1912 in Berlin statt. Referate: *G. Deuchler*, Die Psychologie der sprachlichen Unterrichtsfächer; *K. Marbe*, Die Bedeutung der Psychologie für die übrigen Wissenschaften und die Praxis; *W. Stern*, Die psychologischen Methoden der Intelligenzprüfung. Mit dem Kongreß wird eine Ausstellung von Apparaten verbunden sein. Gleichzeitig mit dem Kongreß wird eine Ausstellung des Instituts für angewandte Psychologie und psychologische Sammelforschung stattfinden. Anmeldungen betr. Teilnahme oder Vorträge sind an Geh.-Rat Prof. Dr. *Stumpf* (Berlin W., Augsburger Straße 45), Anfragen oder Anmeldungen betr. die Ausstellung von Apparaten an Dr. *H. Rupp* (Berlin NW., Dorotheenstraße 80), Zusendungen betr. die Ausstellung des Instituts an Dr. *O. Lipmann* (Berlin-Neubabelsberg, Kaiserstraße 12) zu richten.

Der vom Deutschen Verein für Psychiatrie veranstaltete Fortbildungskurs für Psychiater wird in diesem Jahre vom 7. bis 26. Oktober in Berlin stattfinden. Es sind wieder 20 Stunden für Nervenheilkunde, 20 für Hygiene, 16 für pathologische Anatomie, 14 für Chirurgie, 12 Stunden für innere Medizin in Aussicht genommen. Beitrag 80 M. Anmeldungen und Anfragen erbeten an San.-R. Dr. *Hans Laehr*, Zehlendorf-Wannseebahn, Schweizerhof.

Nekrolog Krömer. — Am 1. November 1911, gerade an seinem Geburtstage, wurde der Direktor der Provinzial-Irrenanstalt Conradstein bei Preuß. Stargard, Geh. Med.-Rat Dr. *Richard Krömer*, begraben. Es sei mir, der ich viele Jahre mit dem Heimgegangenen in Freundschaft verbunden war, vergönnt, dem hervorragenden Arzt und Kollegen einige Worte der Erinnerung zu weihen.

Richard Krömer wurde 1849 zu Zöblitz im sächsischen Erzgebirge als Sohn eines kinderreichen Lehrers geboren. Von seinem Vater in der lateinischen und französischen Sprache und besonders in der Musik unterrichtet und vorbereitet, fand er Aufnahme in dem berühmten Kreuz-



chore zu Dresden, der den Kirchengesang in der Kreuzkirche, Frauen- und Sophienkirche leistete und alle Sonnabende in der Vesper die klassischen Werke von J. Seb. Bach, Mendelsohn, Hauptmann, Homilius u. a. zur Aufführung brachte. Dafür wurde den Sängern freier Unterricht im Kreuzgymnasium und freie Station im Alumneum gewährt. Das letzte Jahr in Dresden hatte *R. Krömer* als erster Präfekt die Aufführungen einzuüben und zu leiten. Eine ganze Reihe von Bänden enthalten seine Lieblingsmotetten, deren Partitur er sich selbst ausgeschrieben hatte. Ostern 1870 bezog er die Universität Leipzig. Sein Vater hatte ihn nach bestandenem Abiturium gefragt: „Was willst du nun werden?" Da hatte *Richard* geantwortet: Medizin studieren! „Das kannst du tun, aber geben kann ich dir nichts dazu." — *R. Kr.* beschaffte sich die Mittel zum Studium selbst durch Privatstunden geben und andere Arbeiten. Er brachte es sogar fertig, der Pauliner Sängerschaft anzugehören, um der Frau Musika, die er so sehr liebte, nicht untreu zu werden. Nur sein unermüdlicher Fleiß, große Ordnungsliebe und Sparsamkeit und jener feste Wille, der vor keiner Schwierigkeit zurückschreckt, konnte das Vorhaben gelingen lassen. In den klinischen Semestern war er Famulus in der chirurgischen Klinik bei *Thiersch*, und seine erlangte Geschicklichkeit und Sicherheit im Operieren hat er später in der Anstalt vielfach verwertet.

Nach beendigtem Staatsexamen wurde er Arzt an der Irrenanstalt Nietleben bei Halle, die damals unter *Koeppe*s Leitung stand. Als die Überfüllung in Nietleben unerträglich wurde, hatte *Krömer* etwa 1½ Jahre eine Abteilung Kranker auf dem Schlosse zu Zeitz ärztlich zu versorgen. Dann wurde Altscherbitz gebaut und *Koeppe* dirigierte anfänglich noch beide Anstalten (Nietleben und Altscherbitz). Nach *Koeppe*s Übersiedlung nach Altscherbitz leitete *Krömer* die Anstalt Nietleben als zweiter Arzt; er hielt auch Vorlesungen, wozu er sich als Dozent habilitierte. Nach *Koeppe*s 1879 erfolgtem Tode übernahm *Hitzig* die Anstalt Nietleben, und *Krömer* war unter *Hitzig* noch zweiter Arzt bis zum 1. Juli 1883. 1876 hatte sich *Krömer* mit Charlotte Dietel, der Tochter eines Leipziger Stadtrats, verheiratet.

1883 wurde *Kr.* als Direktor an die neuerbaute Provinzial-Irrenanstalt zu Neustadt in Westpreußen berufen. Diese Anstalt war baulich bereits im wesentlichen fertig, als *Kr.* hinkam. Er widmete sich nun mit Feuereifer der inneren und äußeren Ausgestaltung dieser durch eine landschaftlich schöne Lage ausgezeichneten Anstalt. Es ist erstaunlich, was *Kr.* hier an Einrichtungen, Gärten, Pflanzungen, Anlagen, Rieselfeldern, Park mit Teichen, Wiesen und Ackerverbesserungen geschaffen hat. Er versetzte geradezu Berge. Schließlich erbaute er auch, ohne daß ein Pfennig dafür besonders bewilligt zu werden brauchte, mit den eigenen Kräften der Anstalt ein großes Gewächshaus. Als es fertig war, zeigte er es der Oberbehörde an und bat um die Mittel für die Heizungsanlage. Das gab natürlich Sturm im Provinzialausschuß. „Wie kann der Direktor



Häuser bauen ohne Genehmigung?" Eine Kommission sollte die Zweckmäßigkeit begutachten. Ein Mitglied, Kommerzienrat und Besitzer großer Kunst- und Handelsgärtnereien, fand es vorzüglich und schenkte sogleich einige große Palmen für den Mittelbau. — Diese kleine Geschichte ist charakteristisch für *Krömer*. Daneben arbeitete er wissenschaftlich rastlos fort, betätigte sich literarisch, stand einem Ärzteverein der Nachbarkreise vor und versuchte neue Heilmethoden bei seinen Kranken. Eine seiner Arbeiten (Beitrag zur Kastrationsfrage, Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 52, S. 1) beruht auf eigenen Operationen, die er als sicherer Chirurg in der Anstalt vornahm. Er beschreibt da vier Frauen, die er ovariotomierte. Über die Ablatio testium bei den Männern macht *Kr.* nur einige allgemeine Ausführungen. Gemacht hat er mehrere bei sexuell erregten Hebephrenen und Epileptikern. Aber es schien ihm doch hinterher bedenklich, die Fälle zu publizieren, weil die Gerichte mehrfach ärztlichkurative Operationen als „Körperverletzungen" verfolgten. Es waren auch anonyme Anzeigen beim Staatsanwalt gegen ihn erfolgt, u. a. weil er eines Sonntags abends den angetrunkenen Portier, der unbotmäßig und drohend wurde, kurzerhand für die Nacht in die nächste beste Isolierzelle einsperrte, bis er nüchtern war und zu Kreuz kroch. — —

Alle seine wissenschaftlichen Abhandlungen zeichnen sich aus durch Fleiß bezüglich der Literaturangaben und Klarheit der Darstellung. — 1894 gründete *Kr.* mit mir zusammen den nordostdeutschen Verein für Psychiatrie und Neurologie, der alljährlich in Danzig tagt und die Kollegen von Pommern, West- und Ostpreußen und Posen vereinigt. 1894 wurde *Kr.* auch als Med.-Rat in das Medizinal-Kollegium der Provinz Westpreußen berufen.

Die letzte große Tat seines arbeitreichen Lebens war das Programm und die Einrichtung der großen Anstalt Conradstein. Diese Riesenanlage auf dem Rittergut (1200 Morgen) zeigt alle Vorzüge *Krömer*scher Arbeit: großzügige, klare Disposition des Ganzen, vorzügliche Anordnung und Ausstattung der Räume in den einzelnen Pavillons, insbesondere große zweckmäßig gelegene Nebenräume, bis in die kleinsten Einzelheiten klar durchdachte Diensteinrichtungen; prächtige Ausgestaltung der Gärten und Parks, musterhafte Rieselfelder, zu denen er wieder ungeheure Erdbewegungen von den Kranken ausführen ließ; großartiger Landwirtschaftsbetrieb. Alle Jahre stellte er sich neue Aufgaben der Erweiterung, Verbesserung und Verschönerung. Es war seine Freude und sein Stolz, dieses selbstgeschaffene Reich zu repräsentieren und besonders es den Fachgenossen zu zeigen, wobei er, der für sich von Haus aus Genügsame, eine glänzende Gastfreiheit entfaltete. — Am 30. Dezember 1895 wurde Conradstein eröffnet.

Krömer war eine etwas spröde, sensitive Natur, war geneigt, alles schwer zu nehmen, er schloß sich schwer auf andern gegenüber. Aber er hatte ein goldnes Herz, vielen Sinn für Humor und konnte ausgelassen



froh sein. — Als im Jahre 1897 seine Gattin starb (die ihm 6 Kinder geschenkt hatte), fühlte er sich im Herzen vereinsamt. 1900 schritt er zur zweiten Ehe mit Amalie Lüning, welche er auf einer der mit mir unternommenen Ferienreisen kennen lernte. Auch aus dieser glücklichen Ehe sind noch 2 Kinder hervorgegangen. — 1906 erhielt er den Titel als Geh. Med.-Rat.

Schon seit 15 Jahren litt er an der Zuckerkrankheit. Sein starker Körper wurde zeitweilig Herr über die Störung, das Leiden trat aber immer wieder hervor. Dies und die schweren Sorgen und Aufregungen der in seiner Anstalt ausgebrochenen Typhusepidemie fällten den starken Mann. — Am 29. Oktober schloß *Richard Krömer* im Coma diabeticum seine Augen für immer. — Sei dir die Erde leicht, lieber Freund!

Siemens.

Personalnachrichten.

Dr. *Oskar Ötter*, Oberarzt in Ansbach, ist zum Direktor in Kutzenberg,

Dr. *Jul. Braune*, Oberarzt in Konradstein, zum Direktor daselbst ernannt worden.

Dr. *Ludw. Scholz*, Dir. in Kosten, ist auf seinen Antrag aus dem Provinzialdienst ausgeschieden und nach Bremen gezogen; die Verwaltung der Direktorstelle ist

Dr. *Karl Freiherrn v. Blomberg*, bisher in Dziekanka, übertragen worden.

Dr. *Karl Wickel*, bisher in Obrawalde, ist Oberarzt in Dziekanka,

Dr. *Karl Christoph*, bisher in Obrawalde, Oberarzt in Kosten,

Dr. *Alfr. Fickler*, bisher in Kosten, Oberarzt in Obrawalde und

Dr. *Wilh. Knust* in Kosten Oberarzt daselbst geworden.

Dr. *Arthur Leppmann* in Berlin-Moabit und

Dr. *Rob. Sommer*, Prof. in Gießen, sind zum Geh. Medizinalrat,

Dr. *Friedr. Vocke*, Dir. von Eglfing, zum Medizinalrat,

Dr. *Wilh. Hellpach* in Karlsruhe zum a o. Professor ernannt worden.

Dr. *Arth. Hübner* in Bonn hat den Titel Professor erhalten.

Dr. *Gust. Specht*, Prof. in Erlangen, ist der Verdienstorden vom hl. Michael 3. Kl. verliehen worden.



Befreiung von Kranken aus Irrenanstalten.

Von

Oberarzt Dr. **Mönkemöller,** Hildesheim.

Die Bedeutung der Befreiung von Geisteskranken aus Anstalten für die Anstalt selbst und die Allgemeinheit liegt auf der Hand. Sie kommt so gut wie ausschließlich zur praktischen Geltung bei Kranken, die mit den Gesetzen in Konflikt gekommen sind, oder die sonst unter den Begriff der Gemeingefährlichkeit fallen. Daß eine solche Handlung strafbar ist, erscheint dem Laien selbstverständlich. Denn sie gibt meist einem anerkannten Rechtbrecher die Möglichkeit, verbrecherische Handlungen zu begehen, für die er nicht verantwortlich gemacht werden kann, und die er von neuem um so eher begehen wird, als er sich meistens bewußt ist, daß er in der Unzurechnungfähigkeitserklärung einen Freibrief für neue Straftaten mit sich herumträgt. Sowieso schon ist er gefährlicher wie geistesgesunde Verbrecher, als bei ihm die sittlichen Hemmungen geringer sind und seine krankhaften Impulse und Beweggründe nur zu leicht der Umsetzung in eine kriminelle Betätigung verfallen.

Die bisherige Rechtsprechung mußte sich, wenn sie die Befreiung dieser gefährlichen Elemente ahnden wollte, auf die Paragraphen des Strafgesetzbuches stützen, die für die Gefangenenbefreiung in Geltung standen:

§ 120. Wer einen Gefangenen aus der Gefangenenanstalt oder aus der Gewalt der bewaffneten Macht des Beamten oder desjenigen, unter dessen Beaufsichtigung, Begleitung oder Bewachung er sich befindet, vorsätzlich befreit oder ihm zur Selbstbefreiung vorsätzlich behilflich ist, wird mit Gefängnis bis zu 3 Jahren bestraft. Der Versuch ist strafbar.

§ 121. Wer vorsätzlich einen Gefangenen, mit dessen Beaufsichtigung oder Begleitung er beauftragt ist, entweichen läßt oder dessen Befreiung befördert, wird mit Gefängnis bis zu 3 Jahren bestraft. Ist

die Entweichung durch Fahrlässigkeit befördert worden, so tritt Gefängnisstrafe bis zu 3 Monaten oder Geldstrafe bis zu 300 Mk. ein.

§ 347. Ein Beamter, welcher einen Gefangenen, dessen Beaufsichtigung, Begleitung oder Bewachung ihm anvertraut ist, vorsätzlich entweichen läßt oder dessen Befreiung vorsätzlich bewirkt oder befördert, wird mit Zuchthaus bis zu 5 Jahren bestraft. Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnisstrafe nicht unter einem Monate ein. Ist die Entweichnng durch Fahrlässigkeit befördert oder erleichtert worden, so tritt Gefängnisstrafe bis zu 6 Monaten oder Geldstrafe bis zu 600 Mk. ein.

Nach der allgemein gültigen Auslegung wurde bisher (vgl. *Oppenhoff* [1])) als „Gefangener" jeder angesehen, der durch ein Organ der Staatsgewalt in Ausübung dieser Gewalt und in gesetzlich gebilligter Form in Haft genommen worden ist. Die Haftnahme mußte aus Gründen des öffentlichen Interesses erfolgt sein. Nach *Oppenhoff* (S. 301) behält ein Gefangener diese Eigenschaft auch dann, wenn er als solcher einer Krankenanstalt übergeben wird.

Nicht immer ist die Befreiung von Geisteskranken bestraft worden, mochte es sich auch um ausgesprochen kriminelle Individuen handeln. Die Anschauungen der Rechtslehrer darüber, ob die auf Anordnung einer Behörde in einer Irrenanstalt verwahrten Personen zu den Gefangenen gerechnet werden sollen, sind verschieden. Dafür sprechen sich *Olshausen*, *Frank*, *Hofmann* aus, dagegen *Mayer*, *v. Liszt*, *Binding*.

Nach *Mayer* [2]) sind „Personen, die auf Anordnung einer Behörde in einer Irrenanstalt verwahrt sind, Kranke und ebensowenig Gefangene wie körperliche Kranke, die infolge von behördlichen Anordnungen in Anstalten — etwa in Isolierspitälern — untergebracht sind. Und wenn man an die Frage herantreten will, ob die Befreiung eines Kranken unter Strafe gestellt werden soll, so darf man keinesfalls zwischen Geisteskranken und anderen unterscheiden, sondern muß die Kranken, deren Befreiung eine Gefährdung der Gesellschaft ist, von denjenigen, die, ohne daß eine Gefahr entsteht, befreit werden können, scheiden. In die erstere Gruppe gehören durchaus nicht alle Geisteskranken, von den körperlichen Kranken aber die mit ansteckenden Krankheiten behafteten. So viel nun aber

[1]) *Oppenhoff*, Deutsches Strafgesetzbuch, 13. Auflage. Berlin 1896. S. 303.

[2]) *Mayer*, Die Befreiung von Gefangenen. Leipzig 1906. S. 7.



dafür spricht, die Befreiung eines gemeingefährlichen Kranken unter Strafe zu stellen, so verkehrt dünkt es mir, diese Handlung wie die Befreiung eines Sträflings zu bewerten. Denn in der Befreiung des gemeingefährlichen Kranken wird sich regelmäßig eine Mißachtung der Staatsgewalt nicht bekunden, niemals wird sie als das wesentliche Moment angesehen werden können. Vielmehr liegt in der Befreiung eines unter Staatsaufsicht verwahrten Kranken die Hinderung einer Verwaltungstätigkeit, die, wenn der Kranke gemeingefährlich ist, strafwürdig ist. Als Verwaltungsdelikt sollte man die Befreiung von gemeingefährlichen Kranken in das neue Reichsrecht aufnehmen."

Wenn bisher die Bestrafung der Krankenbefreiung öfters nicht erfolgt ist, so scheiterte das fast ausnahmlos daran, daß man die Kranken nicht unter den Begriff des Gefangenen bringen konnte oder wollte. Daß eine so gemeingefährliche Handlungsweise, die zudem fast ausnahmlos aus den unlautersten Beweggründen erfolgt, dem allgemeinen Rechtsgefühl ins Gesicht schlägt, bedarf keines Beweises. Wie zersetzend es auf die Disziplin einer Anstalt einwirken muß, wenn allen Prinzipien der Anstaltbehandlung entgegen gerade die gemeingefährlichsten Insassen der Freiheit und Selbstbestimmung wiedergegeben werden, während der Täter straffrei oder nur mit Disziplinarstrafen beschwert ausgeht, wird auch einem Laien einleuchten, der in dem Zwange der Irrenanstalt eine reformbedürftige Einrichtung sieht.

Wenn wir uns in dem neuen Rechtzustande, der uns durch das zukünftige Strafgesetzbuch beschert wird, mit diesem Delikte richtig abfinden wollen, so ist es erforderlich, zu sehen, wie das Gericht sich jetzt in praktischen Fällen dazu stellt.

In dieser Beziehung sind zwei Fälle lehrreich, die sich in kurzer Zeit hintereinander in der Heil- und Pflegeanstalt zu Hildesheim abgespielt haben. Die Abhängigkeit der Rechtsprechung von der subjektiven Auffassung des bestehenden Rechts kommt in der Verschiedenheit der Bestrafungen recht scharf zum Ausdrucke. Die Reformbedürftigkeit des bestehenden Zustandes wird dadurch sehr überzeugend nachgewiesen.

Im ersten Falle befand sich auf der Abteilung des Wärters D o., der seit einem halben Jahre in Anstaltdiensten stand, der an Paranoia chronica leidende Kranke T r a. Er hatte am 13. 12. 1904 eine 3½jährige Zucht-



hausstrafe angetreten, war aber im Strafvollzuge krank geworden, worauf er aus der Haft entlassen und als hilfbedürftiger Geisteskranker dem Ortsarmenverbande der Stadt Celle überwiesen wurde. Diese veranlaßte seine Überführung in die Heil- und Pflegeanstalt zu Hildesheim unter Beobachtung der für die Aufnahme von Geisteskranken in die Heil- und Pflegeanstalten der Provinz Hannover geltenden Bestimmungen.

Tra., der schon häufig schwer vorbestraft war, galt auf der Abteilung als einer der gefährlichsten kriminellen Kranken und hatte verschiedene Ausbruchversuche gemacht. Er war auf fast sämtlichen Stationen der Abteilung untergebracht gewesen und hatte selbst bei jeder Gelegenheit über sein kriminelles Vorleben in der ausgiebigsten Weise gesprochen. Do. war von den älteren Wärtern wiederholt ausdrücklich vor Tra. gewarnt worden.

Nachdem Tra. dem Do. versprochen hatte, ihm eine Uhr und Stoff zu einem Anzuge zu schenken und weitere „Schätze" in Aussicht gestellt hatte, öffnete ihm Do. nachts die Zellentür und ließ ihn in den Hof. Tra. entwich über die Mauer, ging über die braunschweigische Grenze, wurde bald wieder bei einem Einbruche ergriffen und macht zurzeit in Königslutter durch die asozialen Seiten seines Wesens seiner Umgebung das Leben sauer.

Gegen Do. wurde Strafantrag wegen Gefangenenbefreiung entsprechend § 347 eventuell § 121 StGB. gestellt.

In der Strafkammersitzung am 4. 2. 1910 wurde er freigesprochen. In der Urteilsbegründung heißt es u. a.:

„Der Angeklagte gibt zu, er habe den Tra. vorsätzlich aus der Anstalt entkommen lassen, weil er ihm leid getan habe. Hierdurch hat sich der Angeklagte einer strafbaren Handlung nicht schuldig gemacht. Der Angeklagte war kein Beamter im Sinne des StGB. Es waren ihm nur Dienstleistungen eines einfachen Krankenwärters zugewiesen, Pflege und Beaufsichtigung kranker Personen, Funktionen, die den Charakter einer öffentlichen Amtstätigkeit nicht tragen. Es kommt hinzu, daß der Angeklagte nicht beeidigt war, die beiderseitige Kündigung jederzeit erfolgen konnte, ihm auch kein Pensionsanspruch zustand, Momente, die dafür sprechen, daß der Angeklagte als Beamter auch gar nicht angestellt werden sollte, sondern daß es sich um ein lediglich privates Dienstverhältnis handelt. Ein Verbrechen oder Vergehen im Amte kommt somit nicht in Frage.

Es kann aber auch keine Bestrafung aus § 121 erfolgen, da einmal Tra. kein Gefangener war. Dadurch, daß durch Verfügung der zuständigen Behörde die Strafhaft des Tra. unterbrochen wurde, war letzterer an sich ein freier Mann. Ein Gefangener wäre er weiterhin nur dann gewesen, wenn ein zuständiges staatliches Organ in formell gesetzlicher Weise die weitere Beschränkung der persönlichen Freiheit des Tra. durch Unter-



bringung in die Heil- und Pflegeanstalt angeordnet hätte. Dies ist aber nicht geschehen. Die Stadt Celle hat den Tra. als Armen behandelt und ihn als solchen durch ein formloses Ersuchen in der Anstalt untergebracht. (In der Voruntersuchung war beim Magistrat von Celle angefragt worden, ob bei der Aufnahme ein förmlicher Beschluß des Magistrats erfolgt sei, was natürlich verneint wurde.)

Aber selbst angenommen, Tra. wäre ein Gefangener im Sinne des § 121 gewesen, so kann doch in subjektiver Hinsicht der Angeklagte nicht schuldig befunden werden, da dessen Behauptung nicht widerlegt ist, er habe nicht gewußt, daß Tra. nicht allein als Geisteskranker, sondern als Gefangener in der Anstalt sei. Wie der Zeuge Dr. *Mö.* bekundet, wird es den Wärtern nicht mitgeteilt, wenn es sich um Verbrecher handelt, und ist insbesondere dem Angeklagten von der Anstaltleitung nichts bekannt gegeben, wonach er den Tra. als „Gefangenen" anzusehen hätte.

Die Staatsanwaltschaft legte Berufung ein. Auch das Landesdirektorium brachte seine Ansicht nachdrücklich zum Ausdrucke, daß Gefangenenbefreiung vorliege.

Die Berufung wurde nicht aufrecht erhalten, weil nach der Ansicht des Staatsanwaltes das Urteil zutreffend begründet erschien. Durch diese Entscheidung werde ein Präzedenzfall nicht geschaffen werden, da das Urteil keinen Zweifel darüber lasse, daß die Fälle mit Strafe bedroht seien, in denen eine Person von einem Organe der Staatsgewalt im Gebrauche der persönlichen Freiheit durch Unterbringung in einer Anstalt beschränkt und somit „Gefangener" sei, und dem Wärter dieser Sachverhalt bekannt sei.

Im vorliegenden Falle handele es sich lediglich um Unterbringung eines kranken, daher hilfbedürftigen Armen. Einer Pflichtvernachlässigung der Wärter könne dadurch entgegengetreten werden, daß ihnen bei Unterbringung von „Gefangenen" in den Anstalten von dieser Eigenschaft Kenntnis gegeben werde."

Diese Anregung ist den Anstalten der Provinz nicht zur Kenntnis gebracht worden. In dieser Form hätte sie auch schwerlich in die Praxis umgesetzt werden können. Tatsächlich kann der Ausdruck „Gefangene" auch bei den kriminellen Geisteskranken so gut wie nie angewandt werden. Werden sie doch fast ausnahmlos bei der Überführung in die Anstalt aus der Haft entlassen, schon um dem Justizfiskus unnötige Kosten zu ersparen. Wenn die Befreiung unter den § 121 fallen soll, so kann der Ausdruck Gefangener nur in sinngemäßer Übertragung auf die vorliegenden Verhältnisse gebraucht werden. Im übrigen hat es unbestritten seine schweren



Bedenken, solche Kranken dem Wartpersonal als „Verbrecher“ oder gar als „Gefangener“ zu bezeichnen, auch wenn man die Gemeingefährlichkeit noch so sehr in den Vordergrund zu stellen geneigt ist. Bei der bekannten Reizbarkeit solcher asozialen Elemente kommt es ja nur zu leicht zu Explosionen, wenn das Wartpersonal einmal verrät, daß es über das kriminelle Vorleben orientiert ist, mögen auch die Kranken selbst aus dieser Tatsache in der Unterhaltung gar kein Hehl machen. Auf der andern Seite ist nur zu sehr zu befürchten, daß das Personal dann zweierlei Kranke unterscheidet, und daß es sich versucht fühlt, die Grundsätze, die bei der Behandlung in Strafanstalten nötig sind, in die Krankenbehandlung einzuschleppen.

In psychiatrischer Beziehung konnte das Urteil nicht befriedigen. Über die juristische Tragweite darf ich mir selbstverständlich kein Urteil erlauben und muß in dieser Beziehung auch für die Folge betonen, daß die ganzen Darlegungen in keiner Weise ein Eindringen in ein unzugängliches Gebiet bedeuten, sondern nur die praktische Bedeutung klarlegen sollen, die diese Frage für den Psychiater hat.

Die Urteilsbegründung stellt an und für sich die Befreiung von solchen „Gefangenen“ als strafbar hin.

Erlangte aber die Art und Weise, in der das Rechtsprinzip auf die praktischen Verhältnisse zugeschnitten wurde, allgemeine Geltung, dann würde diese Strafbestimmung kaum einmal in die Tat umgesetzt werden können.

Daß der Wärter nicht als Beamter angesehen wurde, und daß deshalb die schwereren Strafbestimmungen des § 347 nicht zur Anwendung gelangten, war bei Lage der Sache nicht anders zu erwarten. Immerhin geht aus dem Urteile nicht gerade hervor, daß man die verantwortungvolle Stellung des Irrenwärters, dessen Handlungsweise doch unter allen Umständen als viel strafbarer erscheinen muß wie die einer beliebigen anderen Person, in ihrem vollen Umfange gewürdigt hätte. Auch wenn man zugeben muß, daß ihm nicht die Qualität als Beamter zukam, wird man die Bezeichnung seiner Tätigkeit als ein lediglich p r i v a t e s Dienstverhältnis nicht gerade als einen glücklich gewählten Ausdruck bezeichnen können.

Die Anschauung, daß Gefangene, die wegen Geisteskrankheit aus der Strafe ausscheiden und an und für sich freie Männer sein sollen, stellt sich nur als ein sehr theoretisches Schemen dar. Tat-



sächlich erfolgt ein solches Ausscheiden stets nur unter den sorgfältigsten Kautelen, und wenn der kranke Gefangene in ein neues Regime übergeführt wird, so trägt dies so gut wie stets alle Kriterien einer Aufbewahrungsform an sich, die ihn jeder freien Selbstbestimmung entzieht, nur daß das juristische Moment der Strafe ausscheidet und dafür das ärztliche der Bewachung und Pflege eintritt.

Das Urteil sagt ja dann auch selbst, daß Tra. ein Gefangener dann gewesen wäre, wenn ein zuständiges staatliches Organ in formell gesetzlicher Weise die weitere Beschränkung der persönlichen Freiheit durch Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt angeordnet hätte. Tatsächlich war er unter Innehaltung des formalen Aufnahmeverfahrens aufgenommen worden, wie es sich nach § 12 ff. des Reglements betr. die Aufnahme von Geisteskranken in die Provinzialirrenanstalten vom 24. April 1877, das staatlich anerkannt worden ist, ergibt. Wohl in keinem anderen Aufnahmebezirke wird ein im wesentlichen umständlicheres Verfahren in Geltung stehen. Wenn das Urteil das „staatliche Organ" und die „formell gesetzlich gebilligte Weise" des Aufnahmeverfahrens vermißte, weil kein förmlicher Beschluß des Magistrats vorlag und in dem regelrechten Aufnahmeantrag des Magistrats nur ein formloses Ersuchen sah, so wird man in diesen Ansprüchen an das Verfahren eine auf die Spitze getriebene Theorie sehen, die sich mit den Forderungen der praktischen Wirklichkeit nie ins Einvernehmen bringen lassen wird.

Ebensowenig aber kann man das volle Verständnis für die praktischen Verhältnisse einer Irrenanstalt in der Forderung erblicken, daß es dem einzelnen Wärter von der Anstaltdirektion bekannt gegeben werden soll, daß er einen Kranken als „Gefangenen" anzusehen habe.

Im vorliegenden Falle war die kriminelle Qualität des Tra. den meisten anderen Kranken und allen übrigen Wärtern so bekannt, daß Do. an den schwersten Formen geistiger Schwäche gelitten haben müßte, wenn er sich dieser Wahrnehmung hätte entziehen können. Zum Überflusse war Do. von seinem Stationswärter und anderen Kollegen gewarnt und in geeigneter Weise auf die Gefährlichkeit des Tra. aufmerksam gemacht worden. Als Zeugen sind sie in dieser Sache nicht vernommen worden.

Das Gesetz von der Duplizität der Fälle bewährte sich schon nach kurzer Zeit.

Der Wärter T ü., der seit April 1911 im Anstaltdienste stand, hatte auf seiner Station die Kranken R u. und B a y. R u. war auf Antrag des Königl. Landratsamtes Hannover als sehr gefährlicher Geisteskranker eingeliefert worden. Er hatte im epileptischen Dämmerzustande einen Totschlag begangen. Ein gerichtliches Verfahren wurde gegen ihn wegen seiner notorischen Geisteskrankheit nicht eingeleitet.

Die Aufnahme B a y.s war auf Antrag des Magistrats Hannover am 7. 4. 1911 erfolgt. Ein Verfahren wegen Zuhälterei, schwerer Kuppelei und Anstiftung zum Diebstahl war auf Grund des § 51 eingestellt worden. Er hatte 10 Tage Gefängnis, zu denen er wegen Körperverletzung verurteilt worden war, noch nicht abgemacht. In seinen Personalakten beim Königl. Polizeipräsidium in Hannover wurde er als ganz gemeingefährlicher und äußerst raffinierter Verbrecher bezeichnet.

Vom Stationswärter war T ü. mehrere Male ausdrücklich auf diese Kranken aufmerksam gemacht und angewiesen worden, auf sie besonders zu achten, da R u. draußen einen Totschlag begangen und B a y. schon einmal einen Fluchtversuch unternommen habe. B a y. hatte ihm, wie er in seiner ersten Vernehmung angab, mitgeteilt, daß er schon mit den Gesetzen in Konflikt geraten sei, nahm diese Behauptung aber in der Hauptverhandlung zurück, um den T ü., wie er später selber zugab, nicht noch weiter hineinzureißen.

B a y. hatte T ü. während des Gartendienstes bearbeitet, ihn aus der Anstalt herauszulassen, und ihm versprochen, er wolle das auch „gleich machen". In der Nacht vom 8. zum 9. Juni 1911 weckte T ü. den B a y nachts, um ihn herauszulassen. R u. wurde bei dieser Gelegenheit geweckt und erklärte, er wolle auch heraus: worauf T ü. auch ihm die Kleider gab. Er ließ sie beide in den Garten, kletterte mit ihnen über die Mauer und gab ihnen beim Abschiede Geld. Die Kranken wurden in den nächsten Tagen wieder aufgegriffen. T ü. wurde aus dem Dienste entlassen.

14 Tage später wurde ein Kuvert im Anstaltgarten aufgefunden mit der Aufschrift: „Komme heute wieder, wache nur, es ging mal nicht." Da man annahm, daß T ü. B a y. befreien wolle, würde ihm ein Hinterhalt gelegt. In der Nacht überkletterte T ü. die Mauer, drang vermittelst eines Nachschlüssels in die Abteilung ein, in der B a y. schlief, und wurde hier ergriffen und der Polizei übergeben. In seiner Tasche fand man ein geöffnetes Messer.

In dem Strafantrage, der gegen T ü. gestellt wurde, war u. a. darauf hingewiesen worden, daß die Stellung solcher Kranken durch den Erlaß der Minister des Innern, der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten vom 15. 7. 1901 über die Entlassung gemeingefährlicher Geisteskranker sehr wesentlich beeinflußt werde. Auch wurde auf die Entscheidung des I. Strafsenats des Reichgerichts vom 5. 12. 1910 Bezug

genommen, nach dem in einem ähnlichen Falle ein Wärter wegen vorsätzlicher Gefangenenbefreiung mit einem Monat Gefängnis verurteilt worden war.

Von der I. Strafkammer des Landgerichts in Hildesheim am 19. 9. 1911 wurde T ü. wegen Gefangenenbefreiung in einem Falle sowie wegen versuchter Gefangenenbefreiung in einheitlichem Zusammentreffen mit qualifiziertem Hausfriedensbruch sowie wegen einfachen Hausfriedensbruchs zu einer Strafe von einem Jahre und zwei Monaten Gefängnis kostenfällig verurteilt. Sechs Wochen Untersuchungshaft wurden angerechnet.

Aus der Urteilsbegründung ist hervorzuheben:

„Die Handlungsweise des Angeklagten enthält die Tatbestandsmerkmale des § 121 StGB. Der Hofbesitzer R u. ist im Jahre 1905 auf Ersuchen des Landrats am 18. 9. 1905 wegen seiner gemeingefährlichen Geisteskrankheit in die hiesige Anstalt aufgenommen, später wieder entlassen, und nachdem er im Jahre 1906 einen Totschlag ausgeführt hatte, abermals auf Ersuchen des Landrats am 29. 10. 1906 in die Anstalt als gemeingefährlicher Irrer aufgenommen.

B a y. ist auf Ersuchen des Magistrats der Stadt Hannover vom 29. März 1911 gleichfalls als ein wegen seiner Geisteskrankheit und seiner verbrecherischen Neigungen gemeingefährlicher Irrer in die hiesige Anstalt aufgenommen. Laut Anordnung des Königl. Polizeipräsidiums in Hannover darf B a y. ohne Einverständnis der Polizei nicht entlassen werden.

Den beiden Kranken ist somit durch ein hierzu befugtes Organ der Staatsgewalt die persönliche Freiheit entzogen worden, und zwar sowohl aus Gründen des öffentlichen Interesses als auch in formell gesetzlich gebilligter Weise. Ferner befanden sich die Kranken während der Dauer der Freiheitentziehung in der Gewalt der zuständigen Behörde. Die Anstalt darf sie nicht entlassen vor Mitteilung an die Polizeibehörde des Aufenthaltortes, damit diese sie eventuell bei der Entlassung sofort in Empfang nimmt. Sie sind daher als Gefangene im Sinne des § 121 StGB. anzusehen.

Nach den Aussagen des Wärters S t r u. war dem Angeklagten gesagt worden, daß R u. einen Totschlag begangen habe, freigesprochen sei und deshalb interniert werde. Es kann deshalb keinem Zweifel unterliegen, daß der Angeklagte von vornherein gewußt hat, daß R u. als gemeingefährlicher Kranker auf polizeiliche Anordnung in der Anstalt untergebracht war. Dagegen konnte nicht festgestellt werden, daß der Angeklagte, als er den B a y. in der Nacht vom 8. auf den 9. Juni d. J. aus der Anstalt herausließ, gewußt hat, daß B a y. als gemeingefährlicher Irrer auf polizeiliche Anordnung in der Anstalt untergebracht war. Es kann dies nicht schon daraus gefolgert werden, daß dem Ange-

klagten gesagt war, Bay. habe schon einmal einen Fluchtversuch gemacht. Der Zeuge Bay. bekundet aber, er habe dem Angeklagten erst dann angedeutet, weshalb und wie er in die Anstalt gekommen sei, als sich der Angeklagte von Ru. und ihm nach ihrer Freilassung aus der Anstalt getrennt habe.

Von diesem Tage ab, mithin schon am 19. Juli, wie auch schon infolge seiner Vernehmung vor dem Oberarzte *Mö.*, die alsbald nach dem Vorfall in der Nacht vom 8. zum 9. Juli stattfand, und bei der *Mö.* ihm sagte, daß Bay. polizeilich festgehalten werde, wußte der Angeklagte, weshalb Bay. sich in den Anstalt befand, und daß er ebenso wie Ru. nur mit polizeilicher Genehmigung aus der Anstalt entlassen werden durfte.

Somit wird auch die Begründung des Angeklagten, er habe es nicht mit ansehen können, daß ein so gesunder Mensch wie Bay. in der Anstalt sitze, was die Vorfälle in der Nacht vom 19. zum 20. und vom 20. zum 21. anlangt, hinfällig. Außerdem wußte der Angeklagte ganz genau, daß nur die Anstaltleitung, nicht aber die Wärter darüber zu befinden haben, ob ein Mensch als geistig gesund anzusehen und daher zu entlassen ist oder nicht. Daß der Angeklagte mit der Beaufsichtigung der Freigelassenen beauftragt war, liegt schon in seiner Stellung als Wärter begründet. Da aber dem Angeklagten in der Nacht vom 8. zum 9. Juli nur hinsichtlich des Ru. die Kenntnis von dessen Eigenschaft als Gefangener im Sinne des Strafgesetzbuches nachzuweisen ist, nicht dagegen hinsichtlich des Bay., so war der Angeklagte wegen vollendeter Gefangenenbefreiung nach § 121 StGB. auch nur bezüglich des Ru. zu bestrafen.

Die nachfolgenden Ausführungen der Urteilsbegründung, die sich auf die versuchte Gefangenenbefreiung und den Hausfriedensbruch beziehen, haben kein allgemeines Interesse. Zu bemerken ist nur der Passus, daß unter Gefangenenanstalt im Sinne des § 121 StGB. jede Anstalt zu verstehen ist, in der Gefangene untergebracht werden, also auch eine Heil- und Pflegeanstalt.

Bei der Strafzumessung fiel strafmildernd ins Gewicht, daß der Angeklagte noch nicht vorbestraft war, verschärfend dagegen die Intensivität seines verbrecherischen Willens und die Gefahr, die infolge seiner Handlung der Allgemeinheit drohte, insbesondere in dem Falle Ru.

Die ganze Formulierung des Urteils und die hohe Bemessung der Strafe lassen erkennen, in wie höherem Maße das Gericht die Gemeingefährlichkeit dieses Deliktes einschätzte. In praktischer Beziehung ist das Urteil insofern bemerkenswert, als es sich die Begründung der Eigenart der Stellung der kriminellen Geisteskranken in der Anstaltbehandlung durch die Ministerialverfügung über die verbrecherischen Geisteskranken zu eigen macht.



Trotz der ausgesprochenen Neigung der Strafkammer, die Gemeingefährlichkeit des Vergehens entsprechend zu sühnen, wäre der Täter beinahe straflos ausgegangen. Die schwere Bestrafung wegen der vollendeten Gefangenenbefreiung erfolgte nur deshalb, weil der Kranke R u., dessen Befreiung ursprünglich nicht geplant war, die Gelegenheit zur Entweichung mit ausgenutzt hatte. Obgleich dem Wärter zweifellos bekannt war, daß er es mit einem kriminellen Kranken zu tun hatte, war der Nachweis dafür schwer zu führen, solange man darauf bestand, daß ihm anstaltseitig, wenn auch nur durch die Mitteilung eines anderen Wärters, diese Eröffnung gemacht worden war. Da die Judikatur am Hildesheimer Landgerichte wahrscheinlich für absehbare Zeit auf dieser Mitteilung bestehen wird, haben wir uns entschlossen, trotz aller Bedenken, die gegen eine zu ausgesprochene Hervorhebung des kriminellen Charakters der Pfleglinge sprechen, eine Zusammenstellung aller der Kranken zu machen, bei denen bei einer eventuellen Befreiung die Bestrafung des schuldigen Wärters durch eine Betonung dieses Momentes herbeigeführt werden müßte. Alle Wärter müssen durch Unterschrift davon Kenntnis nehmen, daß diese Kranken infolge ihrer Krankheit mit den Gesetzen in Konflikt gekommen, daß sie als gemeingefährlich anzusetzen sind, und daß unter den Gründen, die ihre Anstaltbedürftigkeit bedingen, unter anderem auch die Rücksicht auf die öffentliche Sicherheit mitspricht. Daß das als ein idealer Ausweg anzusehen ist, wird wohl niemand behaupten.

Die Voraussetzungen, die für die subjektive Strafbarkeit des Täters sprechen, werden wesentlich leichter gefaßt in der Begründung der oben angeführten reichsgerichtlichen Entscheidung, die für die künftige Rechtsprechung von großer Tragweite ist, wenigstens solange das jetzige Strafgesetzbuch noch in Kraft steht.

Der auf Anordnung der Polizeibehörde zu Wiesbaden als gemeingefährlicher Geisteskranker in der Landesheilanstalt untergebrachte Chemiker G. begegnete auf einem unter Aufsicht des Wärters K i. unternommenen Spaziergange einer ihm bekannten Wäscherin K., und beide beschlossen zu fliehen. Nach kurzem Widerstande gab der Pfleger nach und begab sich mit den beiden zunächst nach Frankfurt a. M. und dann nach Mainz. Daraufhin wurde K i. wegen vorsätzlicher Gefangenenbefreiung vom Landgerichte Wiesbaden zu einem Monat Gefängnis verurteilt, da G. als Gefangener anzusehen sei. Der Einwand des K i., er



habe nicht gewußt, daß G. als gemeingefährlicher Geisteskranker auf polizeiliche Anordnung in der Anstalt untergebracht sei, erachtete das Gericht für unzulänglich, da er, wenn er vielleicht auch keine direkte Kenntnis davon habe, doch infolge der warnenden Äußerungen der Ärzte, den Kranken auf das schärfste zu bewachen, mit der naheliegenden Möglichkeit hätte rechnen müssen.

Der 1. Strafsenat des Reichsgerichts verwarf am 5. 12. 1910 die eingelegte Revision. In der Begründung des Urteils (K. I. 884/10) [1]) heißt es:

Nach der ständigen Rechtsprechung des Reichsgerichts sind unter „Gefangenen" im Sinne der §§ 120, 121 StGB. alle diejenigen Personen zu verstehen, denen in gesetzlich gebilligter Form aus Gründen des öffentlichen Wohles die persönliche Freiheit entzogen ist, und die sich zufolge dieser Freiheitentziehung in der Gewalt der zuständigen Behörde befinden (vgl. Entsch. in Strafs. Bd. 12, S. 162, Bd. 37, S. 366, Bd. 39, S. 7, 189). Daß hierzu auch solche gemeingefährliche Geisteskranke gehören, die von der Polizeibehörde im öffentlichen Nutzen in einer Irrenanstalt untergebracht worden sind, hat z. B. das Preußische Obertribunal in dem Urteile vom 30. November 1877 (*Oppenhoff*. Rechtsp. des Ob.-Trib. Bd. 18 S. 755) und für Baden der erkennende Senat in dem Urteile vom 5. Oktober 1908 1 D 507/08 anerkannt. Das in *Goltds* Arch. Bd. 50 S. 104 abgedruckte Urteil des III. Strafsenats vom 9. Oktober 1902 D 3077/02 steht nicht entgegen. In dem ihm zugrunde liegenden Falle war überhaupt nicht festgestellt, wer die Unterbringung in die Irrenanstalt angeordnet hatte. Hier dagegen hat das Gericht für erwiesen erachtet, daß G. von der Polizeidirektion in Wiesbaden als gemeingefährlicher Geisteskranker in der Landesirrenanstalt Eichberg untergebracht worden war, daß diese polizeilich Festgehaltenen anfänglich in einer besonderen Abteilung untergebracht werden, und daß den Wärtern bezüglich ihrer die Dienstvorschrift ganz besonders eingeschärft zu werden pflegt. Die Befugnis der Polizeibehörde, einem gemeingefährlichen Geisteskranken die Freiheit zu entziehen, ergibt sich aus § 127 der für die neuen Landesteile erlassenen Strafprozeßordnung vom 5. Juni 1867 (Gesetzsamml. S. 933), der dem § 6 des preuß. Gesetzes zum Schutze der persönlichen Freiheit vom 12. Februar 1850 (Gesetzsamml. S. 45) entspricht.

Danach durfte die Polizeidirektion den G. in polizeiliche Verwahrung nehmen und ihn der zuständigen Behörde, der Landesirrenanstalt, überweisen. Ob sie sich ausdrücklich das Recht vorbehalten

[1]) Entscheidungen des Reichsgerichts in Strafsachen. Bd. 44, 2. Heft, S. 171.



hat, über ihn zu verfügen, ist unerheblich. Denn er blieb während seines Aufenthalts in der Anstalt auch ohnedies in der Gewalt der Polizei. Durch den Ministerialerlaß vom 15. Juni 1901 (Min.-Bl. f. die innere Verw. S. 197) sind die öffentlichen Irrenanstalten angewiesen, nicht nur diejenigen auf Veranlassung der Polizeibehörde aufgenommenen Geisteskranken, bei denen die Polizeibehörde ausdrücklich das Ersuchen um Mitteilung von der beabsichtigten Entlassung gestellt hat, sondern auch sonstige nach Ansicht des Anstaltleiters gefährliche Geisteskranke nicht zu entlassen, bevor der Polizeibehörde Gelegenheit zur Äußerung gegeben ist. Auch wenn die Polizeidirektion in Wiesbaden das ausdrückliche Ersuchen um Mitteilung nicht gestellt haben sollte, konnte sie immer darauf rechnen, daß G. ohne ihr Mitwissen nicht entlassen werden würde. Sie war daher in der Lage, gegebenenfalls ihn wieder in polizeiliche Verwahrung zu nehmen. Somit kann dahingestellt bleiben, ob zu der Annahme, daß G. ein Gefangener gewesen sei, nicht genügte, daß er in der Gewalt der öffentlichen Irrenanstalt, als der durch die polizeiliche Überweisung zuständig gewordenen Behörde, war.

Zunächst ist die Einleitung der Begründung bemerkenswert: sie betont, daß die Rechtsprechung in der Auslegung des Begriffes „Gefangener" ständig gewesen sei, und setzt eine Auslegung für die Unterordnung der gemeingefährlichen Geisteskranken unter diesen Begriff fest.

Soweit diese auf Geisteskranke ausgedehnt wird, erfaßt sie wieder nur solche gemeingefährliche Geisteskranke, die von der Polizei im öffentlichen Nutzen eingeliefert werden, macht also die Strafbarkeit ihrer Befreiung wieder von ihrer Gemeingefährlichkeit und der Art der einliefernden Behörde abhängig.

Die zur Erfüllung des Begriffes „Gefangener" erforderliche Bedingung, daß der Kranke in der Gewalt der zuständigen Behörde bleiben soll, wird als erfüllt angesehen, wenn die Voraussetzungen des Ministerialerlasses vom 15. Juni 1901 über die Entlassung gemeingefährlicher Geisteskranker vorliegen. Ausdrücklich wird die Erschwerung hervorgehoben, die für die Entlassung solcher Geisteskranken gilt, die nach Ansicht des Anstaltleiters gemeingefährlich sind. Dadurch wird mit dem Grundsatze gebrochen, daß eine strafbare Handlung vorliegen muß, die zum Einschreiten der polizeilichen und gerichtlichen Behörden geführt hat. Es braucht



überhaupt noch kein Akt der Gemeingefährlichkeit vorgefallen zu sein, wofern nur nach dem ganzen Charakter der Krankheit und dem Verhalten des Kranken in der Anstalt befürchtet werden muß, daß ein solcher jederzeit eintreten kann. Der Nachweis der subjektiven Verschuldung des Wärters wurde dadurch als erbracht angesehen, daß hier die polizeilich festgehaltenen in einer besonderen Abteilung untergebracht wurden, und daß den Wärtern bezüglich ihrer die Dienstvorschrift ganz besonders eingeschärft zu werden pflegte.

Das Landgericht hatte sogar bei dem Täter diese Schuld noch als vorliegend angesehen, auch wenn er keine direkte Kenntnis gehabt habe, da er infolge der warnenden Äußerungen der Ärzte, den Kranken auf das schärfste zu bewachen, mit der naheliegenden Möglichkeit hätte rechnen müssen.

Trotz der steigenden Geneigtheit der Gerichte, den Begriff des Gefangenen auch auf gemeingefährliche Geisteskranke zu übertragen, wird das recht häufig die Klippe sein, an der eine Bestrafung des Täters aus § 120 und 121 scheitert. Außerdem bleiben auch die „Organe der Staatsgewalt“ und die „gesetzlich gebilligte Form“ Begriffe, von deren weiterer oder engerer Auslegung die Möglichkeit der Verurteilung abhängt.

Wie sehr es auch hierauf ankommt, beweist die oben angeführte Entscheidung des III. Strafsenats des Reichsgerichts vom 19. Oktober 1902 [1]). Die Begründung erörtert ebenfalls ausgiebig die Frage, inwiefern ein in einer öffentlichen Irrenanstalt Untergebrachter, trotzdem gegen ihn die Strafvollstreckung während dieser Unterbringung unterbrochen ist, dennoch als „Gefangener“ angesehen werden darf.

Nach den von dem Vorderrichter getroffenen Feststellungen wurde Sch. nach Antritt der ihm im Jahre 1898 zuerkannten dreizehnjährigen Zuchthausstrafe am 4. November 1901 aus der Strafanstalt in F. auf Veranlassung des dortigen Anstaltarztes unter einstweiliger Gewährung von Strafunterbrechung als Geisteskranker nach F. der H.schen staatlichen Irrenanstalt verbracht.

Hieraus folgt ohne weiteres, daß Sch. während der Zeit seines Aufenthaltes in F., in welche die Begünstigung seiner Flucht durch Max M. fällt, nicht mehr Strafgefangener war, und kann hierzu auch

[1]) *Goldammer*, Archiv für Strafrecht und Strafprozeß. 50. Band. S. 104.



der Umstand nichts ändern, daß Sch. in Fr. in der sog. Zellenabteilung, in der sich hauptsächlich die aus der Untersuchunghaft oder Strafhaft der Irrenanstalt überwiesenen Personen befinden, untergebracht und hier einer besonders aufmerksamen Bewahchung und Beaufsichtigung durch das Wärterpersonal unterstellt war.

Der Umstand, daß Sch. während seiner Internierung in Fr. aufgehört hatte, Strafgefangener zu sein, schließt nun allerdings nicht mit unbedingter rechtlicher Notwendigkeit aus, daß er gleichwohl auch in dieser Zeit ein Gefangener war, da unter einem solchen im Sinne der §§ 120 u. ff. StGB. jeder zu verstehen ist, welchem durch ein Organ der Staatsgewalt in formell gesetzlich gebilligter Weise aus Gründen des öffentlichen Interesses die persönliche Freiheit entzogen wurde, und welcher sich infolge dessen während der Dauer der Freiheitentziehung in der Gewalt der zuständigen Behörde befindet.

Das erste Urteil läßt aber in dieser Hinsicht jegliche nähere Feststellung vermissen, wer die Unterbringung des Sch. als Geisteskranken in der Irrenanstalt angeordnet hat, ob diese namentlich durch eine staatliche Behörde geschah, ob dieselbe zu einer derartigen Anordnung gesetzlich zuständig war, ob die Anordnung aus Gründen des öffentlichen Interesses geschah, und Sch. auch während seiner Detention in der Gewalt der dieselbe anordnenden Behörde verblieb. Das vorige Urteil spricht auch hier nur ganz im allgemeinen davon, daß Sch. zur Zeit seiner Flucht aus Fr. auf Anordnung der zuständigen Behörde sich dortselbst befand und aus Gründen des öffentlichen Interesses als Geisteskranker und gemeingefährlicher Verbrecher hier seiner persönlichen Freiheit beraubt war. Irgendeine nähere Begründung hat auch diese erstrichterliche Annahme nicht gefunden, und es bleibt insbesondere völlig unaufgeklärt, welche Behörde der Vorderrichter im Auge hatte, die Strafvollstreckungbehörde, welche infolge der gewährten Strafunterbrechung mit dem einstweilen aus der Strafhaft entlassenen Sch. zunächst nicht weiter befaßt war, den Gefängnisarzt, welcher ersichtlich nur die Überführung des Sch. aus der Strafanstalt in die Irrenanstalt anregte, aber nicht anordnete und füglich auch nicht anordnen konnte, die Polizeibehörde oder irgendeine andere Behörde.

Bei der Mangelhaftigkeit der in der fraglichen Hinsicht getroffenen erstrichterlichen Feststellung ist deshalb auch für jede Nachprüfung des Revisionsgerichts ausgeschlossen, ob die Annahme des Vorderrichters, daß Sch. auch während der Zeit seines Aufenthalts in der Irrenanstalt noch Gefangener war, allenthalben frei von Rechtsirrtum ist.

Die Verurteilung des Täters scheiterte allerdings in diesem Falle nur an formalen Gründen, und der Fehler, den die erste Instanz mit



dem Unterlassen dieser Begründung begangen hatte, läßt sich leicht vermeiden, wenn schon bei der Stellung des Strafantrages die Sachlage geklärt wird. Immerhin beweist auch dieses Urteil, daß der Täter trotz der offenbarsten subjektiven Verschuldung straffrei ausgehen kann.

Die Auffassung, daß eine von der zuständigen Behörde einer Irrenanstalt übergebene geisteskranke Person im Sinne des StGB. Gefangener sei, wurde übrigens von der obersten rechtsprechenden Behörde auch für Privatanstalten anerkannt[1]).

Zweifellos reicht die jetzige Gesetzgebung und ihre richterliche Auslegung aus, um die schwierigsten Fälle zu belangen.

Die Praxis scheint sich jetzt auch entschieden mehr an diese Auslegung zu halten. So wurde noch vor kurzem ein Pfleger der Irrenanstalt Herzberge zu 2 Monaten Gefängnis verurteilt, der einem vom Polizeipräsidium Berlin in sicherheitpolizeilichem Interesse der Anstalt überwiesenen Geisteskranken Ausbruchswerkzeuge und bares Geld ausgehändigt hatte, um ihm das Entweichen aus der Anstalt zu ermöglichen.

Wie wird sich nun voraussichtlich die neue Strafgesetzgebung zu diesem Delikte stellen? Es ist ja vor der Hand noch sehr fraglich, ob die Auslegung, die jetzt die höchste richterliche Instanz dieser strafbaren Handlung angedeihen läßt, auch in der unter dem Zeichen der neuen Gesetzgebung stehenden Rechtsprechung ihre Gültigkeit behalten wird. Auch wenn die in Betracht kommenden Begriffe keine so grundlegende Bedeutung zu haben scheinen, daß unter allen Umständen eine neue Auslegung nötig wäre, ist das doch nicht auszuschließen. Ob die dann zu erwartenden reichsgerichtlichen Entscheidungen sich auf denselben Standpunkt stellen und dieselben Kriterien verlangen werden, steht noch dahin.

Der Vorentwurf zu dem neuen Strafgesetzbuche schafft für diese Frage eine sehr bedeutsame Änderung. Er legt[2]) die Entscheidung, ob die Verwahrung in einer öffentlichen Heil- und Pflegeanstalt stattzufinden hat, in die Hände des Richters. Der zuständige Richter ist

[1]) *Oppenhoff*, Die Rechtsprechung des Königlichen Obertribunals in Strafsachen. Bd. 18. 1877. S. 755.

[2]) Begründung des Vorentwurfs zu einem deutschen Strafgesetzbuche. Berlin. 1909. S. 236.



der Strafrichter, und seine Entscheidung geht nicht bloß auf die Zulässigkeit der Verwahrung, sondern auf diese selbst. Dadurch wird für einen großen — den wichtigsten — Teil der in Frage kommenden kriminellen Kranken die Frage nach der Zuständigkeit der einliefernden Behörde ohne weiteres gegeben. Betroffen werden von dieser Bestimmung, die zudem noch schwere Bedenken gegen sich hat und zweifellos noch erhebliche Anfechtungen zu bestehen haben wird, ja aber wieder nur die gemeingefährlicheren Geisteskranken, bei denen ein *Verfahren* stattgefunden hat. Nach § 65 des Vorentwurfs fallen unter diese Bestimmung nur diejenigen, welche auf Grund des § 63 freigesprochen werden oder außer Verfolgung gesetzt worden sind. Bei den übrigen müßte man schon wieder zu den Auslegungen greifen, mit denen man sich bisher behalf.

Der Vorentwurf vereinigt alle Strafbestimmungen über die Gefangenenbefreiung im § 129.

Wer vorsätzlich einen Gefangenen befreit oder dessen Befreiung oder Entweichen befördert, wird mit Gefängnis oder Haft bis zu 2 Jahren bestraft.

Der Versuch ist strafbar.

Hatte der Täter bei der Bewachung des Gefangenen mitzuwirken, so ist die Strafe Gefängnis nicht unter einer Woche und, wenn die Handlung nur aus Fahrlässigkeit begangen worden ist, Haft bis zu 3 Monaten oder Geldstrafe bis zu 500 Mk.

Die Delikte, gegen die in den §§ 126 bis 130 die Strafen verhängt werden, fallen unter die große Rubrik des *Widerstandes gegen die Staatsgewalt*.

„Allen diesen Tatbeständen“, sagt die Begründung, „ist ein Kennzeichen gemeinsam, daß nämlich die Handlung sich unmittelbar gegen eine *Behörde oder gegen Beamte in bezug auf ihre amtliche Tätigkeit oder gegen Personen richtet, die diesen aus besonderen Gründen gleichzustellen sind*, mithin gegen staatliche Organe, in letzter Reihe gegen die Staatsgewalt selbst.“

Damit fänden, sollte man meinen, wenigstens auf einen Teil der geisteskranken Verbrecher, d. h. auf die nach § 65 internierten, ohne jede Frage die Grundprinzipien dieser allgemeinen Begründung ihre Anwendung. Die Begründung kommt[1]) aber gerade zu dem entgegengesetzten Ergebnis.

[1]) l. c. S. 474.





„Wie das bisherige Gesetz spricht der § 129 von Gefangenen. Der Begriff ist in der Rechtsprechung festgesetzt und hat Schwierigkeiten nicht veranlaßt. Eine Ausdehnung der Vorschrift auf andere Personen, etwa Fürsorgezöglinge oder gemeingefährliche Geisteskranke, die in Anstalten untergebracht sind, erschien nicht gerechtfertigt. Solche Personen sind nicht Gefangene [1]), ihre Befreiung kann zwar unter Umständen nach anderen Gesetzen strafbar sein. Jedenfalls verletzt sie kein staatliches Haftrecht, enthält keinen Widerstand gegen die Staatsgewalt und kann daher hier nicht mit Strafe bedroht werden". [2])

Wenn man in einer Handlung, die einen Menschen einer zwangweisen Unterbringung entzieht, die durch öffentliche Gewalten über ihn verhängt ist, ohne weiteres einen Widerstand gegen die Staatsgewalt sieht, so kann das kaum als eine gekünstelte Auffassung angesehen werden. Jedenfalls ist es nur schwer zu verstehen, daß man jetzt von der bisher so oft in einer den Verhältnissen entsprechenden Weise geübten Auslegung des Begriffes abgehen will, nur weil er nicht ganz in die selbstgewählte Form hineinpaßt, obgleich die Begründung selbst sagt, daß der Begriff Schwierigkeiten nicht veranlaßt habe und also mit der bisherigen reichsgerichtlichen Auslegung rechnen muß.

Nun ist es ja durchaus nicht gesagt, daß die endgültige Fassung in dem neuen Strafgesetzbuche sich mit der des Vorentwurfs decken wird, und ob ihre Begründung ebenso ausfallen wird wie die vorgeschlagene. Es steht auch noch ganz dahin, ob die Rechtsprechung sich an die Auslegung des Begriffs „Gefangener", wie sie in dieser Begründung beliebt wird, halten muß, oder ob sie sich selbst, wie die letzte Rechtsprechung beim Reichsgerichte, eine Auslegung schafft, die sich mit der praktischen Wirklichkeit deckt. Aber selbst gesetzt den günstigsten Fall, daß es im wesentlichen so bleiben sollte, wie bisher, muß man sich darüber klar werden, daß auch die weitgehendste Auslegung nicht die Ansprüche befriedigen kann, die an die Ahndung dieses Deliktes gestellt werden müssen.

Zunächst bleibt es immer eine sehr bedenkliche Sache, daß diese

---

[1]) *Mayer*, Die Befreiung von Gefangenen.

[2]) „Der Regelung durch landesrechtliche Vorschriften steht nach wie vor nichts im Wege. Vgl. z. B. das preußische Gesetz vom 2. Juli 1900 über die Fürsorgeerziehung Minderjähriger."

Handlung durchaus unter den Begriff der G e f a n g e n e n befreiung gepreßt werden muß. Wir bemühen uns unablässig, von unseren Anstalten den Begriff des Gefängnisses, der ihnen in den Augen der großen Menge leider noch immer anhaftet, abzustreifen. Wir kämpfen dafür, daß unsere Kranken auch in den Augen dieser Menge gebührendermaßen als solche angesehen werden. Und Kranke bleiben die Insassen unserer Anstalten auch dann, wenn sie noch so gemeingefährlich sind und noch so oft mit den Gesetzen in Konflikt geraten und mit den richterlichen und polizeilichen Gewalten und den Strafanstalten in Berührung gekommen sind.

Wenn bis jetzt die Befreiung unserer Kranken notgedrungen unter der Signatur der G e f a n g e n e n b e f r e i u n g bestraft wurde, so war das eben nur ein Notbehelf. Dabei aber ein Notbehelf, der als durchaus unzureichend angesehen werden muß, und der nur dann zur Hilfe gezogen werden konnte, wenn eine Reihe von Voraussetzungen vorlag und mühselig nachgewiesen werden mußte, und der auch dann nicht immer den subjektiven Anschauungen des Richters genügte. Und auch im besten Falle umfaßte er nicht alle Fälle von Krankenbefreiung. Indem sich die neueste Reichsgerichtsprechung an die Ministerialverfügung vom 15. Juni 1901 hielt, brach sie ja mit der Anschauung, daß unbedingt ein richterliches Verfahren oder doch ein Konflikt mit den Gesetzen vorliegen mußte, der das Eingreifen der Polizeibehörde provoziert hatte. Wenn jetzt die Überzeugung der Anstaltleitung von der Gemeingefährlichkeit eines Kranken genügt, um seine Befreiung als Gefangenenbefreiung erscheinen zu lassen, so ist der Kreis der Personen, die von der Gesetzesbestimmung erfaßt werden können, in solchem Umfange erweitert, daß wir keine Schwierigkeiten haben sollten, die Befreiung der Gemeingefährlichen zu ahnden.

Ist aber der Begriff der Gemeingefährlichkeit so genau zu umschreiben, daß er ohne jede Anfechtung festgelegt werden könnte? Man braucht nur an die Querulanten und ähnliche Krankheittypen zu denken, über deren Gemeingefährlichkeit man sicherlich nicht mit allen Gerichten in ein restloses Einvernehmen gelangen würde.

Dabei wird immer nur das Interesse der A l l g e m e i n h e i t in den Vordergrund gestellt, wenn diese Befreiung eines Kranken bestraft werden soll. Wie steht es aber mit dem Interesse des Kranken selbst?



Soll man es ungesühnt hingehen lassen, wenn einem Melancholiker zur Entweichung aus der Anstalt verholfen wird, damit er sich draußen ungestört das Leben nehmen kann? Soll der Erfolg, das ganze Heilverfahren dadurch aufs Spiel gesetzt werden? Soll die so oft ohne Frage eintretende Schädigung der Angehörigen bedeutunglos bleiben? Und kann es auch schließlich der Anstalt gleichgültig sein, wenn ein Kranker gegen eigenen Willen, gegen sein Interesse, ohne die Einwilligung der Behörden, deren Autorität dadurch gestört wird, der Anstaltbehandlung entrissen wird?

Mit Recht weist *Vocke* [1]) darauf hin, daß es im allgemeinen nicht angebracht erscheint, daß die Irrenärzte ein besonderes Interesse an der Zurückhaltung der Kranken in den Anstalten bekunden und dadurch einem weit verbreiteten Vorurteil gegen Irrenanstalten und deren Ärzte Vorschub leisten. Gewiß! Es ist durchaus erforderlich, daß gerade die Entlassung aus den Anstalten nach Möglichkeit erleichtert wird, und daß wir Irrenärzte allen legitimen Versuchen, den Kranken der Öffentlichkeit wiederzugeben, keinen zu halsstarrigen Widerstand entgegensetzen. Gerade aber damit diesen Vorurteilen keine Nahrung gegeben wird, darf die Befreiung eines Kranken unter keinen Umständen straflos bleiben. Wenn das Volk sieht, wie jemand einen Kranken der Obhut der Anstalt ohne Wissen und gegen den Willen der Ärzte entzieht und dann straflos ausgeht, muß es zu der Ansicht kommen, daß das Recht der Zurückbehaltung, gegen das es schon sowieso einen Verdacht hat, auf sehr tönernen Füßen steht. Wir stützen uns, wenn wir dieses viel angefochtene Recht ausüben, auf ein umständliches, mit allen Vorsichtmaßregeln ausgestattetes, von der Mitwirkung der Behörden im weitesten Umfange abhängiges Verfahren, das die Interessen des Kranken und der Allgemeinheit in ganz anderem Maße sichert, wie bei allen sonstigen Kranken, auch bei den an Infektionskrankheiten leidenden. Wenn *Mayer* (l. c.) in der Durchbrechung dieses bedeutungvollen Verfahrens, sogar bei Gemeingefährlichen, nur ein Verwaltungsdelikt sieht, so hat er die Natur der Sache denn doch völlig verkannt. Er hat sich schon der einfachen Erkenntnis entzogen, daß einer Hand-

[1]) *Vocke,* Befreiung von Kranken aus Anstalten. Bemerkungen zum Vorentwurf des Strafgesetzbuches, herausgegeben von der Justizkommission des Deutschen Vereins für Psychiatrie. Januar 1910. S. 88.



lung, die einem kriminellen Kranken die Gelegenheit verschafft, von neuem kriminell zu werden, die Kriterien der eigenen Kriminalität anhaften, mag sie auch nur indirekt wirken. Selbst wenn man die Mißachtung der Staatsgewalt durchaus als Kriterium dieses Deliktes verlangt, sollte man in der Durchbrechung eines durch so gründliche behördliche Tätigkeit geschaffenen Verfahrens doch auch ohne Wortklauberei eine Mißachtung der Staatsgewalt herauszulesen imstande sein.

Auch die Begründung des Vorentwurfs ist sich trotz ihres ablehnenden Standpunktes darüber klar, daß mit ihrer Auslegung die Sache noch nicht geregelt ist.

„Neue Fragen entstehen dem Entwurfe gegenüber wegen der Vorschriften in den §§ 43, 65 und 69, Absatz 2. Es lag keine Veranlassung vor, auf diese Fragen, deren Beantwortung der Praxis zu überlassen ist, hier näher einzugehen."

Weshalb man sich der Entscheidung in einer Sache entzieht, die doch unbedingt in absehbarer Zeit eine Klärung verlangen wird, ist nicht recht einzusehen. Es erscheint unverständlich, daß man erst der Auslegung in der Rechtsprechung und einer eventuellen Landesgesetzgebung es überläßt, eine einheitliche und gründliche Regelung der Frage herbeizuführen, das zu ordnen, wozu sich jetzt eine Gelegenheit darbietet, die so bald nicht wiederkehrt.

Mit vollem Rechte betont *Vocke*[1]), daß im Vorentwurfe eine Lücke vorliegt, die in der künftigen Rechtspraxis nur unter Innehaltung der alten Praxis geschlossen werden kann. Er verlangt die Einfügung einer neuen Bestimmung über die Bestrafung vorsätzlicher Befreiung bestimmter Kategorien von Kranken, damit derartige Delikte nicht unter den Paragraphen Gefangenenbefreiung subsumiert zu werden brauchen.

Vocke weist rückhaltlos auf die Bedenklichkeit der wahllosen Anwendung des Paragraphen auf die Befreiung von Kranken aus Anstalten hin: Die Übertragung der Bestrafung auf die Fahrlässigkeit ist bei den praktischen Verhältnissen, unter denen die Anstalten wirken müssen, unmöglich und nur geeignet, die Grundsätze der

[1]) *Vocke*, l. c. S. 91.

[1]) *Vocke*, Vorsätzliche Befreiung gemeingefährlicher Geisteskranker. Psych.-Neurol. Wochenschrift 12. Jahrg. 1910/11. S. 450.



freien Behandlung, zu denen man sich mit Mühe durchgerungen hat, zu zerstören.

Vocke will das zu bestrafende Delikt der Krankenbefreiung nur auf solche Kranke angewendet wissen, die die Allgemeinheit gefährden. Meiner Ansicht nach geht man, wenn man überhaupt die Loslösung vom Gefangenenbefreiungsparagraphen erreichen will, konsequenterweise noch einen Schritt weiter und belegt die Befreiung aller Geisteskranken mit Strafe, die sich auf Grund eines geordneten Aufnahmeverfahrens in einer Anstalt befinden. Zunächst ist ja die Gemeingefährlichkeit ein so unbestimmter und dehnbarer Begriff, daß sich eine scharfe Abgrenzung nie vollziehen lassen wird und fraglos in der künftigen Rechtsprechung Unstimmigkeiten entstehen müssen. Aus allen den oben angegebenen Gründen fordert aber auch die Befreiung der Kranken, die nicht unter diesen Begriff fallen, eine Bestrafung heraus, weit eher, wie viele andere Delikte, die das Strafgesetzbuch ahndet.

In dieser Fassung fallen alle die Schwierigkeiten fort, die bisher so oft die Bestrafung dieses Deliktes verhinderten. Eine entsprechende Abstufung der Strafe kann ohne jede Schwierigkeit im Einzelfalle der Schwere des Deliktes gerecht werden.

Gewiß könnte die Landesgesetzgebung diese Lücke ausfüllen. Wenn uns einmal das sehnlich erwartete Reichsirrengesetz beschert wird, wäre ja eine herrliche Gelegenheit gegeben, in einheitlicher Form diese Forderungen zu erfüllen. Wenn diese nur nicht noch in so nebelhafter und vorläufig ganz unerreichter Ferne schwebte! Und da jetzt die Gelegenheit so günstig ist, ist es nicht einzusehen, weshalb wir darauf warten sollen. Der neuen Gesetzgebung müßte es ein leichtes sein, einen Paragraphen zu formulieren, der das Verlangte in die Form bringt, die dem Psychiater verschlossen ist.

Auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Köln im Jahre 1909 hatte *Ehrenwall* durch einen Antrag die Frage aufgeworfen, ob die Strafbestimmungen in § 235 des Vorentwurfes (Kindesraub) nicht auch auf die Befreiung bzw. Entführung entmündigter Geisteskranker aus Anstalten, deren Obhut und Fürsorge sie durch den Vormund anvertraut sind, ausgedehnt werden soll. Daß gewisse Analogien vorliegen, soll nicht geleugnet werden. Da aber ein sehr großer Teil unserer Kranken nicht entmündigt ist, und da gerade die

schwersten Kriminellen nicht selten des Vormundes entbehren, kann diese Strafbestimmung auch in ihrer weitesten Auslegung nicht den Zweck erfüllen, den man in dieser Beziehung erwarten muß.

Wir beschränken uns auch, wenn wir die Krankenbefreiung unter Strafe setzen, am zweckmäßigsten auf unsere Geisteskranken und vereinigen nicht zu viele ähnliche und verwandte Begriffe unter dieser Rubrik. Ob sich, wie *Vocke* annimmt (l. c. S. 95), im abgeschlossenen Rahmen eines einzelnen Paragraphen eine Vereinigung der Minderjährigen, der ihnen gleichstehenden, einer Schutzgewalt bedürfenden entmündigten Geisteskranken und der einer Fürsorge und Aufsichtgewalt bedürftigen, die Allgemeinheit gefährdenden geistig oder körperlich Kranken sehr wohl denkbar und zu rechtfertigen ist, erscheint mir sehr zweifelhaft. Abgesehen von den auch für den Laien erkennbaren juristischen Bedenken, die einer solchen Zusammenfassung verschiedener Begriffe entgegenstehen, muß vom ärztlichen Standpunkte aus doch mindestens der Grundbeginn der K r a n k h e i t erfüllt werden, und der Begriff der Gemeingefährlichkeit, der den von *Vocke* zusammengesetzten Gruppen gemeinsam ist. erfüllt nicht ganz die Forderungen, die oben aufgestellt worden sind.

Die Trinker sind ja im wesentlichen identisch mit unseren Kranken, und für die Trinker, für die nach § 43 des Vorentwurfs die Unterbringung in eine Trinkerheilstätte angeordnet werden soll, kann die Gleichstellung mit Geisteskranken ohne große Künstelei nachgewiesen werden.

Daß mit ansteckenden Krankheiten behaftete Personen aus Isolierspitälern und Krankenhäusern nicht befreit werden dürfen, ist an und für sich selbstverständlich. Aber da es sich fast ausnahmlos nur um ganz kurze Detentionsfristen handelt, wird die Befreiung solcher Kranken — es kommen wohl im wesentlichsten nur Prostituierte in Frage — nur ganz ausnahmweise sich ereignen. Will man sie bestrafen, so ist ohne Frage das Seuchengesetz der gegebene Platz, um diese Bestrafung herbeizuführen.

Am wenigsten aber haben wir Anlaß, die Schicksale der Fürsorgezöglinge mit denen unserer Kranken zu verquicken. Auch wenn der gewaltige psychopathologische Einschlag nicht verkannt werden soll, müssen die Fürsorgezöglinge a priori als g e i s t e s g e s u n d angesehen werden. Dabei trifft der Begriff der Gemeingefährlichkeit

durchaus nicht auf alle zu. Bei einem großen Teile — theoretisch sollte es ja bei allen der Fall sein — ist es das eigene Interesse des Zöglings, das gebieterisch verlangt, daß er der fremden Erziehung überantwortet wird. Eine Bestrafung der Befreiung aus dieser aufgezwungenen Erziehung ist aber bereits durch die Landesgesetzgebung vorgesehen (§ 21 des preußischen Fürsorgegesetzes vom 2. Juli 1900 Art. 13, des bayerischen Gesetzes vom 10. Mai 1902, die Zwangerziehung betreffend). Nach dem Urteile des I. Strafsenats beim Reichsgerichte vom 29. Dezember 1904 z. L. Reg. 48 72/09 und dem Urteile des III. Strafsenats des Reichsgerichtes vom 23. Juni 1902 Sch. Reg. 2277/02 macht die Unterbringung dieser Straftaten unter die §§ 120 und 121 des jetzigen Strafgesetzbuches keine Schwierigkeiten.

Die Aussichten, daß die Krankenbefreiung aus unseren Anstalten strafbar wird, sind am ersten erfüllbar, wenn wir von einer Vereinigung mit anderen Krankheitkategorien absehen. Wenn wir verlangen, daß die Befreiung dem ordentlichen Strafgesetze unterstellt wird, so müssen wir konsequenterweise darauf bestehen, daß die Befreiung aller Kranken unter diese Strafbestimmung fällt. Wollen wir die Gefangenenbefreiung ganz ausgeschaltet wissen, dann müssen wir verlangen, daß nicht nur die Befreiung der Gemeingefährlichen in Zukunft geahndet wird.

Ein Fall von Gehirnverletzung im epileptischen Anfall.[1])

Von

Dr. **Fr. Sioli.**

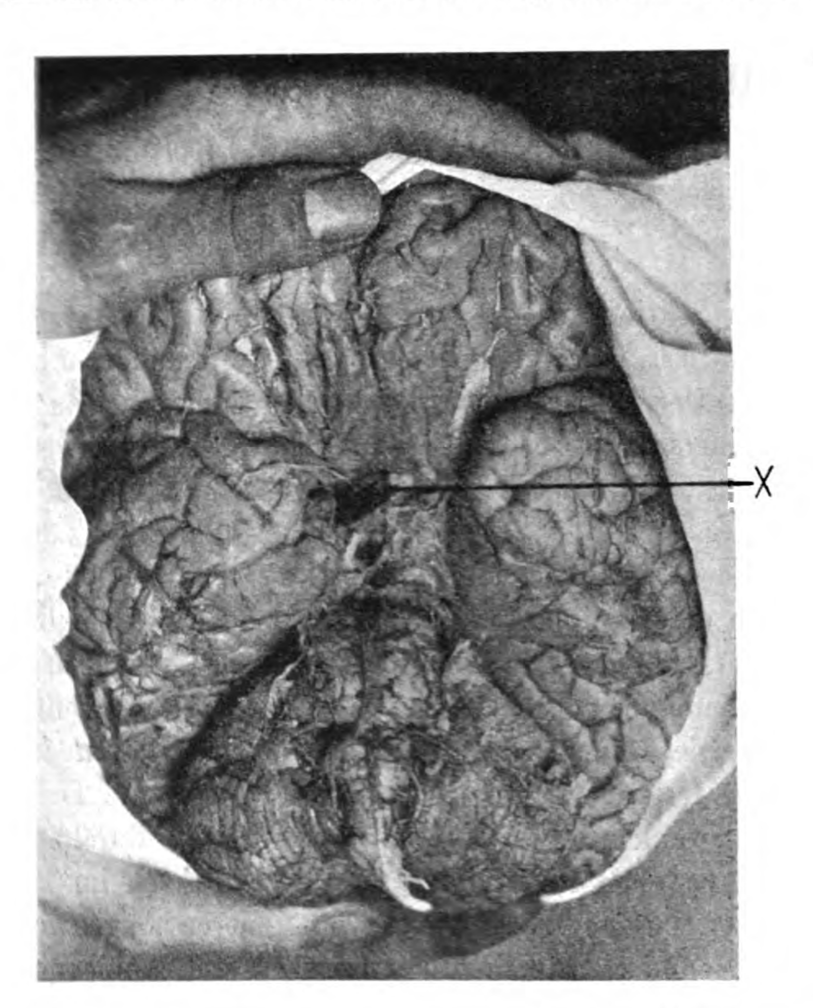
Bei der Sektion der am 27. Februar 1911 verstorbenen epileptischen Patientin E. D. wurden wir durch einen Fremdkörper im Schädel überrascht. Der Herausnahme des Gehirns stellte sich zunächst ein unklarer Widerstand in der mittleren Schädelgrube entgegen, schließlich folgte das Gehirn plötzlich, und es zeigte sich als Grund des Widerstandes ein an der Spitze des rechten Schläfenlappens aus dem Gehirn herausragendes, rundes, gleichmäßig dickes Holzstück. Es ließ sich, da es durch die Manipulation der Herausnahme des Gehirns bereits gelockert war, leicht aus dem Gehirn herausziehen, dringt etwa 3½ cm in den Schläfenlappen ein und ragt etwa 1½ cm aus demselben hervor, wie umstehende Bilder zeigen. Soweit es im Gehirn steckt, ist es von einem festsitzenden narbigen Mantel umgeben. Die Dura war hinter dem lateralen Teil der Fissura orbitalis sup. durchbohrt; nach Aufmeißeln der oberen Wand der Orbita zeigte sich im Fettgewebe ein schwarzer narbiger Strang, der vom inneren Augenwinkel nach hinten führte und in seinem hintersten Teil eine Abbiegung lateralwärts machte, so daß sich die eigentümliche, fast von median eindringende Lage im Temporallappen erklärt.

Die 1884 geborene Patientin litt seit ihrem 4. Lebensjahr ohne bekannten Grund an ausgebildeter Epilepsie mit häufigen Anfällen; sie befand sich seit ihrem 10. Lebensjahr in der Heil- und Pflegeanstalt Bethel bei Bielefeld. Bei einem Anfall am 30. 12. 1909 erlitt sie eine Verletzung, die als Schädelbruch mit Commotio cerebri durch Sturz auf den Kopf gedeutet wurde, es bestand Erbrechen, Kopfschmerz, nachher tagelang

[1]) Aus der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Galkhausen (Direktor Dr. *Herting*).



Schwindelgefühl, ein Bluterguß in der rechten Augenhöhle, nach dessen Resorption eine geringe Protrusion und eine ausgeprägte Tieferstellung des rechten Bulbus blieb. Eine Abducensparese, die etwa 14 Tage lang Doppelbilder verursacht hatte, war nach einiger Zeit gehoben. Vor dem Anfall war die Patientin mit Schreiben beschäftigt gewesen. Es ist keine Frage, daß das bei der Sektion im Schädel vorgefundene Stück Holz das

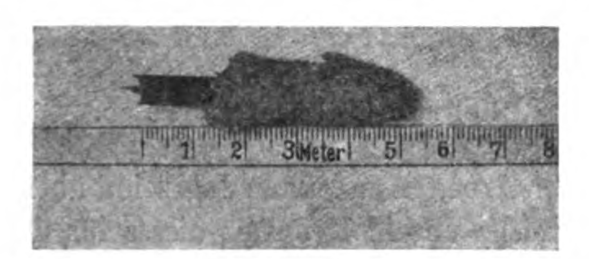


Ende eines Federhalters ist, den sich Patientin bei dem Anfall am 30. 12. 1909 vom inneren Augenwinkel aus durch die Orbita ins Gehirn stieß.

Während die Patientin bis zu der Verletzung zahlreiche große epileptische Anfälle gehabt hatte, blieben diese danach aus, sie litt weiterhin nur an epileptischen Verstimmungs- und Erregungszuständen bei Charakterdegeneration und Schwachsinn und wurde daher bestimmunggemäß der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Galkhausen übergeben. Bei der Aufnahme in unserer Anstalt am 11. 2. 1911 war der Tiefstand und die Prominenz des rechten Bulbus noch deutlich, eine Störung der Augenbewegungen oder Pupillenreaktion bestand nicht, an der knöchernen Umgebung der

Augenhöhle waren Narben nicht fühlbar. Die Patientin selbst gab an, seit dem Schädelbruch am 30. 12. 1909 keine Anfälle mehr zu haben, wohl aber noch gelegentlich ein dumpfes Gefühl im Kopf und die Empfindung, als ob ihr das Blut durch die linke Körperhälfte ströme, Gefühle, wie sie früher den Anfällen vorausgegangen seien. Vom 19. 2. an hatte Patientin mehrere Anfälle und verfiel am 26. 2. in einen Status epilepticus, in dem sie am 27. 2. verstarb.

Der Fall ist bemerkenswert einerseits als Kuriosität zur Kasuistik der Verletzungen im epileptischen Anfall, andrerseits als eine Ver-



letzung des Schläfenlappens durch das Stück eines Federhalters, der durch die Augenhöhle eingedrungen war und längere Zeit im Gehirn verweilt hatte, ohne Erscheinungen zu machen. Daß sich die wahre Natur der Verletzung der Diagnose entzog, erscheint verständlich, da der Eintritt des Federhalters durch den Bluterguß verdeckt wurde, nach dessen Resorption die Konjunktivalwunde geheilt war, und die anfänglich bestehenden Symptome ebenso wie auch die zurückgebliebene Prominenz und Tieferstellung des rechten Bulbus durch die Annahme eines Schädelbruches erklärt wurden. Von den bekannten Lokal- und Fernsymptomen von Schläfenlappentumoren wurde nichts beobachtet. Einen ursächlichen Zusammenhang der Gehirnverletzung mit dem Ausbleiben der großen Anfälle möchten wir nicht konstruieren, da diese schließlich doch wieder auftraten. Der Fall zeigt, ein wie einfacher Weg durch die Augenhöhle zur Spitze des Temporallappens führt, der in diesem Falle durch ein grobes Instrument, einen Federhalter, beschritten wurde.

Untersuchungen an ehemaligen Fürsorgezöglingen im Festungsgefängnis.

Von

Stabsarzt Dr. **Weyert,** Posen.

Die zahlreichen Arbeiten im letzten Jahrzehnt über die psychischen Grenzzustände, welche unsere Kenntnis dieses für die Allgemeinheit besonders wichtigen Kapitels der Psychiatrie so überaus gefördert und vertieft haben, gaben mir während meiner ärztlichen Tätigkeit an einer militärischen Strafanstalt die Anregung, eine größere Zahl von Gefängnisinsassen psychiatrisch zu untersuchen. Mehrere Gründe leiteten mich hierbei. Einerseits war es mein Wunsch, tiefer in das Seelenleben der mir in ärztlicher Hinsicht anvertrauten Menschen einzudringen und — soweit möglich — nachzuprüfen, ob und wie weit die wissenschaftlich niedergelegten Beobachtungen an Gefängnisinsassen mit den meinigen übereinstimmten. Anderseits war es für mich von Interesse und Wichtigkeit, festzustellen, welche besonderen militärischen und militärärztlichen Gesichtspunkte z. B. betreffs der Dienstfähigkeit usw. sich ergaben. Zwar hat ja bereits *Schultze* an demselben Material — gleichfalls Militärgefangenen — grundlegende Beobachtungen gemacht. Gegenüber *Schultze* befand ich mich jedoch in der glücklichen Lage, die Leute in ihrer Gefängnisumgebung, in ihrem eigentlichen militärischen Milieu, ich möchte sagen: bei Tag und bei Nacht beobachten zu können, und zwar ohne daß sie überhaupt etwas von einer Beobachtung ahnten. Ich fand seitens der Offiziere des Festungsgefängnisses, wie ich dankbar hervorheben möchte, die werktätigste und weitgehendste Unterstützung und Förderung meiner Untersuchungen und Beobachtungen. Ich hatte nicht nur ständig Zutritt zu den Gefangenen, sondern es war mir auch vergönnt, zu jeglicher Zeit die Unteroffiziere, Korporalschaftsführer, Kameraden

der Sträflinge selbst zu sprechen. Gerade hierdurch aber gewann ich oft überraschende Einblicke. Im allgemeinen wird dem Anstaltsarzte, sobald er es auch nur etwas versteht, sich das Vertrauen der Leute zu erwerben, von den Gefangenen bereitwilligst Auskunft erteilt, nicht nur über ihre persönlichen Verhältnisse, sondern auch über die Kameraden, ja sogar — wie ich es wiederholt erfahren habe — über interne Gefängnisangelegenheiten, als gelegentliche Durchsteckereien usw. Wie wohl leicht begreiflich, stand ich anfangs den Angaben etwas mißtrauisch gegenüber, denn der Verdacht, daß man mir etwas vorlog, war ja naheliegend. Der ruhige Hinweis jedoch, daß in den Nachforschungen in der Heimat, den Strafakten, Berichten der Vorgesetzten usw. eine Kontrolle über die mir gemachten Angaben stattfände und daher falsche Angaben zwecklos seien, bewirkten, daß ich doch nur in Ausnahmefällen belogen wurde. Im nachfolgenden möchte ich meine Beobachtungen und Untersuchungen mitteilen, soweit es sich um ehemalige Fürsorgezöglinge handelt. Ich verfüge über 29 Fälle, sicherlich nur eine kleine Zahl. Es liegt mir auch fern, meine Ergebnisse etwa verallgemeinern zu wollen. Ich halte es aber immerhin doch für interessant, meine Beobachtungen zu vergleichen mit denen der zahlreichen Autoren, welche das Kapitel der Fürsorgeerziehung vom Standpunkte des Psychiaters beleuchtet haben. Bei dem von mir verwerteten Material ist es natürlich, daß der militärische Gesichtspunkt besonders berücksichtigt wird, nämlich die Frage: Welche besonderen Schlußfolgerungen ergeben sich für die Diensttauglichkeit der Fürsorgezöglinge im aktiven Heere?

Bei Feststellung der erblichen Belastung ist es bekanntlich schwer, einwandfreie Angaben zu erhalten. Recht häufig werden uns Geisteskrankheiten usw. in der Familie verschwiegen, nicht zum wenigsten beim Militär, um bei Versorgungsansprüchen die dienstlichen Schädlichkeiten desto krasser hervortreten zu lassen und den Anspruch auf eine Rente mehr zu begründen. Günstiger liegen die Verhältnisse bei gerichtlichen Fällen, in denen oft von den Angehörigen alle möglichen Einzelheiten vorgebracht werden, um den Angeklagten als geistig abnorm hinzustellen und die Strafe zu mildern.

Aus diesen Gründen möchte ich nachfolgende Angaben über erbliche Belastung auch nur mit aller Vorsicht verwerten. Von meinem Material scheiden 7 Leute aus, da sie nach eigener Angabe seit langen



Jahren ohne Beziehungen zu ihrer Familie sind; leider vermag ich nicht zu entscheiden, ob dieses auf einem Mangel an ethischen Empfindungen der Eltern oder lediglich auf einem solchen der von mir untersuchten Leute beruht. Von diesen 7 sind 3 unehelich geboren, ein Punkt, auf den ich nachher noch zurückkomme. Von den verbleibenden 22 Leuten waren direkt erblich belastet von Vaters Seite durch Geisteskrankheit des Erzeugers 3, durch Trunksucht des Vaters 9, durch Selbstmord des Vaters 1, durch Schwindsucht des Vaters 4, durch Krämpfe des Großvaters 1. Ein Mann ist stark belastet dadurch, daß der Großvater und ein Onkel väterlicherseits an Selbstmord gestorben sind und der Vater geisteskrank ist. Von mütterlicher Seite waren belastet durch Geisteskrankheit der Mutter einer, durch Krämpfe drei, durch „Nervosität“ drei, Trunksucht einer.

Als stärker direkt und indirekt belastet möchte ich einen Soldaten erwähnen (s. S. 217, graphisch dargestellter Lebenslauf H S. 236), bei dem der Vater an Schwindsucht und Trunksucht, zwei Brüder der Mutter an Trunksucht litten und langjährige Zuchthausinsassen waren. Bei einem zweiten Manne war der Vater mäßiger Säufer und starb infolge Selbstmords im Gefängnis. Die Mutter wird von der Ortspolizeibehörde als „verwahrlost“ bezeichnet. Bei einem Dritten litten der Vater an Trunksucht, die Mutter an Geisteskrankheit und einem „schweren Lungenleiden“, eine Schwester der Mutter an auffälliger Dummheit und eine andere Schwester des Vaters war an Selbstmord gestorben. Bei einem Vierten litt die Mutter an Krämpfen, der Vater war ein Säufer und hatte die Familie verlassen. Ein Bruder dieses Mannes ist ein arbeitscheuer Säufer, ein anderer Bruder „sehr dumm“. Auffallend ist auch, daß bei mehreren meiner Soldaten geistige Auffälligkeiten unter den Geschwistern vorkamen. So litt bei einem Manne der eine Bruder an Krämpfen, ein anderer Bruder war an Schwindsucht gestorben; bei einem Zweiten, dessen Vater seit zwei Jahrzehnten im Irrenhaus sich befand, war ein Bruder ein viel bestrafter Säufer. Bei einem dritten, sonst nicht belasteten Menschen litt der Bruder an „Tobsucht“. Bei einem vierten befand sich die Schwester gleichfalls in einer Erziehungsanstalt, „da sie immer von Hause fortläuft“, nur bei zwei Leuten konnte in der ganzen Familie keinerlei Belastung festgestellt werden, von diesen war der eine ein leicht haltloser Mensch, der andere geistig leicht beschränkt.

Unehelich geboren von den 29 waren 6. Im allgemeinen wird in einfachen Volkskreisen der außereheliche Geschlechtsverkehr eines weiblichen Wesens nicht so besonders tragisch von der Umgebung aufgefaßt und es ihr wohl nicht unbedingt als Schande angerechnet, wenn sie ein außereheliches Kind hat. Die Mütter von dreien dieser



sechs unehelich geborenen Leute haben auch einen andern geheiratet, die Mutter des einen sogar, obgleich sie im ganzen zwei außereheliche Kinder hatte. Nur eine Mutter heiratete später den Erzeuger ihres unehelichen Kindes. In allen Fällen handelt es sich um einfache Mädchen aus dem Volk. Ein weibliches Wesen stammte aus besseren Schichten, wurde von einem — anbei bemerkt, zuckerkranken — Manne pekuniär unterhalten und hatte von diesem im ganzen drei außereheliche Kinder. Bei allen sechs Leuten soll den Müttern der Erzeuger des Kindes bekannt sein, eine Angabe, die natürlich mit der nötigen Vorsicht aufgenommen werden muß. Auf jeden Fall wäre es verfehlt, aus der Tatsache, daß ein weibliches Wesen ein uneheliches Kind hat, nun einen besonderen Rückschluß auf ihre moralischen Eigenschaften ziehen zu wollen.

Besonders erwähnen möchte ich einen, zwar ehelich Geborenen, dessen Mutter mit einem andern Manne zusammen lebte, während der rechtmäßige Ehemann, ein schwindsüchtiger Säufer, in derselben, allerdings großen Stadt durch Gelegenheitsarbeit seinen Lebensunterhalt verdiente. Jedoch auch dieser Fall ist mit Vorsicht zu bewerten; es handelt sich um Katholiken, bei denen bekanntlich die Ehescheidung ungleich schwieriger ist als bei Protestanten.

Über die körperliche Entwicklung in der Kindheit ist nichts Besonderes zu erwähnen. Die meisten hatten Masern und Scharlach durchgemacht, je einmal wird Typhus, Nierenentzündung, Granulose erwähnt. Auffallend ist, daß nur in einem einzigen Falle von einem nennenswerten Trauma mir berichtet wurde. Es handelt sich um eine Gehirnerschütterung infolge Sturz von der elektrischen Straßenbahn. Wenn man berücksichtigt, wie ungemein häufig bei forensischen Fällen von den Angehörigen Unfälle aus der Kindheit übertrieben bewertet werden, so ist das seltene Vorkommen von Unfällen bei meinem Material zum mindesten erwähnenswert.

Von besonderem Interesse war die Frage nach den äußeren Lebensbedingungen, unter denen mein Material aufgewachsen war. Es hielt schwer, hier viel zu erfahren, da — wie ja bereits erwähnt — zahlreiche Leute seit Jahren nicht mehr mit den Angehörigen in Beziehungen standen und daher Nachforschungen nicht in dem Maße angestellt werden konnten, wie es zur Klärung dieses wichtigen Punktes wünschenswert und notwendig war.

Ein auffallend hoher Prozentsatz meines Materials ist frühzeitig

verwaist,; es haben als Kinder durch Tod 4 den Vater, 4 die Mutter verloren und 2 wurden frühzeitig Vollwaisen. Der Vater eines weiteren Soldaten war Säufer und kam in eine Irrenanstalt, woselbst er noch jetzt — nach annähernd 20 Jahren — weilt. Die Ehe wurde geschieden. Die Mutter eines weiteren Mannes starb, der Vater, ein Sonderling, wanderte aus, ohne sich weiter um die zurückgebliebenen Kinder zu kümmern.

Es ist eine traurige Jugend, die die Mehrzahl dieser Leute gehabt hat. Im allgemeinen ist es ja die Mutter, in deren Händen die Erziehung liegt, während der Vater außerhalb des Hauses dem Erwerb nachgeht. Und aus diesem Grunde ist wohl auch der Tod der Mutter der schwerwiegendere Schicksalschlag. Sobald jedoch in einfachen Volkskreisen — beim Tode des Ernährers der Familie — die Mutter selbst für den Lebensunterhalt sorgen und um das tägliche Brot kämpfen muß, verlieren die Kinder beim Tode des Vaters auch teilweise die Mutter. In diesen Fällen werden die Kinder auch frühzeitig mitverdienen müssen, durch Austragen von Zeitungen, Backwaren usw., und dadurch noch mehr dem Einfluß des elterlichen Hauses entzogen. Stirbt andrerseits die Mutter frühzeitig, so kommt entweder eine Stiefmutter oder eine Wirtschafterin in das Haus, die doch nur in Ausnahmefällen den Kindern tiefere Liebe und Sorgfalt angedeihen läßt. Dieses sind noch — wenn ich so sagen darf — normale Verhältnisse; bei unserem Material gewinnen wir jedoch noch Einblick in ungleich traurigere Zustände.

Ein Patient verlor mit 1½ Jahren den Vater ,und die Mutter war eine „in geschlechtlicher Beziehung bescholtene Person“, die anscheinend auch stahl, der die elterliche Gewalt aber erst entzogen wurde, als der Sohn 9½ Jahre alt war. Der Vater eines andern starb im Gefängnisse an Selbstmord, die Mutter war „verwahrlost“; hier bemühte sich die Mutter selbst um Zwangserziehung ihres fast 12 jährigen Sohnes, da er gegen sie gewalttätig wurde.

Unter denen, die frühzeitig die Mutter verloren, möchte ich nur bei zweien auf die Kindheit näher eingehen. Bei dem einen kam der Vater — bald nach dem Tode der Mutter — wegen Meineids mehrere Jahre ins Zuchthaus, der Knabe blieb ganz der unfreundlichen, rohen Stiefmutter überlassen, so daß er noch heute mit unverkennbarer Erbitterung erklärt, nie Elternliebe und Elternsorge kennen gelernt zu haben. Einen zweiten jungen Mann, dessen Mutter gleichfalls frühzeitig gestorben war, hielt die Stiefmutter zum Diebstahl an; nach dem Gerichtsbeschluß vermieteten die Eltern „an schlimmstes Gesindel Schlafstellen“. Nebenbei erwähnt



kam dieser Mann mit 12 Jahren in Fürsorgeerziehung. Auffallend ist die Interesselosigkeit vieler Väter für ihre Kinder nach dem Tode der Ehefrau, wie es aus allen Gerichtsbeschlüssen, Berichten der Schulbehörde usw. hervorgeht. Nicht selten hat dies seinen Grund darin, daß die Väter erwiesenermaßen Säufer waren. Nur einer der Untersuchten gibt ausdrücklich an, daß die Wirtschafterin des Vaters bemüht gewesen sei, sich mit Liebe seiner anzunehmen. Von den Vollwaisen wurde der eine mit 2 Jahren bei ordentlichen Leuten untergebracht, die ihn wie „ein richtiges Kind" hielten; er kam mit 12 Jahren auf Veranlassung der Heimatbehörde in Fürsorgeerziehung, da die Pflegeeltern nicht imstande waren, ihn genügend zu beeinflussen.

Mit diesen früh verwaisten Kindern auf gleicher Stufe stehen die unehelichen Kinder, was die äußeren Lebensbedingungen ihrer Kindheit anbelangt. Bei allen war der Stiefvater — soweit die Mutter geheiratet hatte — ohne Interesse für das von ihm ja nicht herstammende Kind.

Einer ist sicher hochgradig gemütsroh gegen das Stiefkind gewesen, denn er mißhandelte das Kind nicht nur übertrieben, sondern duldete auch nicht, daß das Stiefkind mit den Eltern und Stiefgeschwistern zusammen am gleichen Tische aß. Bei einem zweiten war der Stiefvater ohne Interesse, und die Mutter nahm das Kind frühzeitig mit auf den Hausierhandel; es (das Kind) „hat frühzeitig lügen gelernt". Von einem dritten wurde die als herzleidend, jähzornig geschilderte Mutter durch einen Mann, von dem sie im ganzen 3 außereheliche Kinder hatte, unterhalten und hatte eine sogenannte Pension, in der anscheinend nicht besonders strenge moralische Grundsätze herrschten. Die übrigen außerehelich geborenen Kinder hatten ähnliche, wenn auch nicht ganz so krasse Schicksale. Sie alle waren den Eltern, Stiefeltern, Großeltern mehr oder weniger eine Last und wurden von diesen — anscheinend — allermeist als unangenehme Beigabe ertragen.

Während bei diesen frühzeitig verwaisten oder unehelich geborenen Kindern aus bereits im vorhergehenden allgemein und speziell geschilderten Gründen eine Erklärung für unzureichende sittliche Erziehung unter sozial ungünstigen äußeren Umständen sich findet, sind es bei den verbleibenden Kindern, deren Eltern am Leben waren, andere schädigende Momente, die mehr hervortreten.

Auffallend häufig ist Krankheit der Eltern. Bei 5 von den 11 waren psychische Störungen der Mutter erwähnt, die sicher bereits in der allerfrühesten Kindheit unserer Leute, höchstwahrscheinlich vor deren Geburt bestanden haben. Eine Mutter ist Säuferin, zwei sind „sehr nervös", je eine leidet an Krämpfen und Schwindelanfällen. Bei einem 6. war der Vater infolge eines Unfalles gelähmt, die Mutter tagüber auf Arbeit außer



dem Hause, so daß der an und für sich bereits schwer erziehbare Junge ohne Aufsicht heranwuchs. Bei einem 7. lebte die Mutter von ihrem Manne getrennt und zog mit einem andern Manne wochenlang mit einem Planwagen hausierend durch das Land, wobei der Knabe nicht nur Zeuge des Geschlechtslebens der Mutter und ihres Erwählten war, sondern auch noch zum Diebstahle von dem „Stiefvater“ angeleitet wurde. Bei dem 8. waren die Eltern unruhige Leute, die jahrelang in verschiedenen Orten des Auslandes (Amerika) kümmerlich um ihre Existenz rangen. Nur bei 3 Leuten vermochte ich aus der Anamnese nichts Auffälliges zu ermitteln.

Fasse ich die gesamten bisherigen Ausführungen zusammen, so ergibt sich folgendes: Bei der weitaus überwiegenden Mehrzahl meines Materials lassen sich mit Sicherheit Faktoren nachweisen, die eine ungünstige ethische und moralische Entwicklung zu bedingen und zu erklären vermögen. Die Mehrzahl meines Materials ist erblich belastet und aufgewachsen in einem traurigen sozialen Milieu, inmitten psychisch abnormer, trunksüchtiger, sittlich verkommener Charaktere bzw. ohne tiefergehende elterliche Fürsorge. Diesen Faktoren muß für das gesamte weitere Leben eine einschneidende, unheilvolle Bedeutung zuerkannt werden. Für das Kind ist das Elternhaus seine Welt, und hier liegen die Wurzeln für eine harmonische Entwicklung aller seiner Kräfte.

Kurz streifen möchte ich nur die Frage, ob nicht die Schule durch ihre Zucht und Disziplin imstande gewesen ist, segensreich zu wirken. In den Gerichtsbeschlüssen usw. wird bei reichlich der Hälfte meiner Leute erwähnt, daß ihr „Betragen in der Schule bereits ärgerniserregend“ war, sie zu dummen Streichen neigten und sich durch häufiges „Schwänzen“ dem Einfluß der Schule entzogen. Bei mehreren kam es überhaupt nicht zu einem regelmäßigen Schulbesuch — infolge des unruhigen Lebens der Eltern.

Bevor ich der Frage nähertrete, ob es der Fürsorgeerziehung überhaupt zur Last gelegt werden kann, daß alle diese jungen Leute bisher im Leben gescheitert sind und zum größten Teil wohl auch fernerhin sich nicht bewähren werden, bedürfen zunächst drei Punkte der Erörterung:

1. in welchem Alter kamen die jungen Leute in Fürsorgeerziehung,
2. welche Gründe werden für Zuweisung in die Anstalt genannt, und
3. wie war ihre Führung und das Urteil ihrer Erzieher über sie?



Bei der Aufnahme in die Erziehungsanstalt standen:

im 7.	Lebensjahre	1(?) Personen		im 13.	Lebensjahre	4 Personen
„ 8.	„	0 „		„ 14.	„	3 „
„ 9.	„	0 „		„ 15.	„	3 „
„ 10.	„	2 „		„ 16.	„	0 „
„ 11.	„	1 „		„ 17.	„	3 „
„ 12.	„	5 „		„ 18.	„	7 „

Aus vorstehender Tabelle ersehen wir, daß zwei Drittel des Gesamtmaterials bereits das 12. Lebensjahr vollendet hatten, als sie in Fürsorgeerziehung kamen. Wenn man sich nun vergegenwärtigt, wie wenig Kindlichkeit noch in den höheren Klassen der Volksschulen zu finden ist, welch frühreife, verdorbene Elemente sich in diesem Alter bereits finden — besonders unter der Großstadtjugend —, so wird man — rein theoretisch — sich des Zweifels nicht erwehren können, ob in diesem Alter überhaupt noch eine einschneidende Änderung durch die Erziehung erwartet werden kann. Ein Drittel des Gesamtmaterials hatte sogar bereits das 16. Lebensjahr vollendet, als es in Fürsorgeerziehung kam. Bedenkt man, daß diese jungen Leute doch sämtlich schon längere Zeit der Schule entwachsen sind, daß sie seit Jahren als Lauf-, Arbeitsburschen, Fabrikarbeiter, Handwerkslehrlinge usw. ihr Brot verdienen und somit dem unmittelbaren erzieherischen elterlichen Einfluß mehr oder weniger entzogen sind, berücksichtigt man ferner die zahllosen Verlockungen und Verführungen, denen unsere Jugend gerade im Entwicklungsalter ausgesetzt ist, selbst wenn eine sorgende Elternhand über ihr waltet, so wird man — wieder rein theoretisch — noch skeptischer werden in den Erwartungen von der Fürsorgeerziehung. Die Praxis hat diese theoretischen Bedenken zum Teil glänzend widerlegt, wie weiter unten ausgeführt werden soll. Die von mir geäußerte Skepsis erfährt scheinbar eine Stütze, sobald wir die Gründe näher beleuchten, welche bei unserem Material unmittelbar die Überweisung in Fürsorgeerziehung bedingt haben. Zwei meiner Leute scheiden aus; die Fürsorgeanstalt hatte bei dem einen bereits jetzt — einige wenige Jahre nach der Entlassung des Zöglings — die Akten vernichtet. Bei dem andern habe ich nicht einwandfreie anamnestische Angaben erhalten können.

Unmittelbar im Anschluß an eine gerichtlich auferlegte und auch verbüßte Strafe — meist Gefängnis, nur selten Haft — wurden 12



der Zwangserziehung überwiesen. Von diesen 12 jungen Leuten wurde bei dreien erst im Anschluß an die zweite, bei zweien sogar erst im Anschluß an die vierte gerichtliche Strafe der Beschluß auf Fürsorgeerziehung gefaßt. Zu einem ganz andern Bilde gelangt man jedoch, wenn man in den Beschlüssen die ausdrücklich erwähnten Straftaten berücksichtigt, welche das Gericht ohne weiteres durch Freiheitstrafen hätte ahnden können. Es werden nämlich bei 23 (von den 27 Leuten) derartige Vergehen (bzw. Verbrechen!) erwähnt.

Fast in jedem Gerichtsbeschluß findet sich eine ganze Blütenlese von Straftaten erwähnt, und es ist nicht möglich, jetzt zu entscheiden, welches Delikt es hauptsächlich war, das den Anlaß zur Überweisung in Fürsorgeerziehung geboten hat. Ich möchte jedoch eine Zusammenstellung der von den Gerichten überhaupt erwähnten Vergehen usw. im nachfolgenden — Interesses halber — geben. Es waren genannt:

Diebstahl (einschließlich Einbruchsdiebstahl) .... 16 mal,
Unterschlagung .... 5 mal,
Betrug .... 2 mal,
unsittliche Handlungen an Mädchen .... 4 mal,
rohe und gewalttätige Handlungen (einschließlich Tierquälerei) .... 6 mal,
Obdachlosigkeit, Bettelei, Umhertreiben .... 16 mal;

ferner:

schlechte Charaktereigenschaften (Faulheit, Widerspenstigkeit, Lügenhaftigkeit, moralische Verkommenheit, Schulschwänzen) .... 18 mal;

Nur bei 4 von den 28 Leuten werden in den Gerichtsbeschlüssen keine Straftaten erwähnt. Bei diesen waren es hauptsächlich die eben erwähnten schlechten Charaktereigenschaften und das häufige Schulschwänzen, welche sie in die Fürsorgeerziehung brachten. Von diesen 4 jungen Leuten hatte jedoch keiner das 12. Lebensjahr bei der Einweisung überschritten. Wir können mithin die Tatsache, daß diese 4 keine Straftaten begangen hatten, mit Rücksicht auf ihre Jugend nicht verwerten. 3 von diesen 4 Knaben sind in ihrem späteren Leben häufig mit den Strafgesetzen in Konflikt gekommen — trotz der frühzeitigen Fürsorgeüberweisung. Der 4. ist ein gutartiger, harmloser, etwas haltloser Mensch, bei dem die Zwangserziehung bestimmt Erfolg gehabt hat.

Die interessante Frage, wer den Anlaß, die Anregung zur Fürsorgeüberweisung gegeben hat, vermochte ich leider aus den Personalakten

nicht eindeutig festzustellen. Es scheint die Anregung von der Schule viermal, von der Ortspolizeibehörde dreimal und von den Eltern, Vormündern viermal ausgegangen zu sein.

Das Bestreben, ein Bild von dem Verhalten und der Entwicklung der Zöglinge in der Erziehungsanstalt zu gewinnen, stieß häufig auf Schwierigkeiten. Regelmäßige, zusammenfassende Schilderungen der Geistesbeschaffenheit eines Zöglings habe ich leider nie gefunden. Fast stets mußte man sich aus den kurzen Berichten der Erzieher die für die Beurteilung der geistigen Entwicklung verwertbaren Hinweise heraussuchen und sie dann — mosaikartig — zu einem Gesamtbilde zusammenfügen. Ich muß anerkennen, daß fast in jedem einzelnen — meist Halbjahresbericht — wertvolle Hinweise auf die Psyche sich befanden. War jedoch der Zögling erst in die Lehre oder zu einem Bauern als Knecht gegeben, dann war man vorzugweise auf die Briefe zwischen Anstalt und Dienstherrn angewiesen, und diese besagten zumeist nicht allzu viel. Nur einmal habe ich einen zusammenfassenden, ausführlichen Schlußbericht eines Direktors (bei der endgültigen Entlassung eines Zöglings aus der Fürsorgeerziehung) gefunden. Da dieser Bericht gleichzeitig eine vorzügliche, dem betreffenden Zögling voll gerecht werdende Schilderung darstellt, so möchte ich ihn wörtlich bringen, wenn ich mich auch dem recht pessimistischen Endurteil nicht ganz anzuschließen vermag.

„Die Entwicklung des K. während seiner 5jährigen Zugehörigkeit zur hiesigen Anstalt war keine günstige. Sowohl in der Anstalt als auch im Dienst hat er mir nur Not und Sorge bereitet. Wiederholt mußte er wegen schlechter Führung in die Anstalt zurückgenommen werden. Sämtliche Dienstherren beklagten sich über den losen Mund, das rohe und gemeine Wesen des Zöglings. Auch die militärische Erziehung scheint dem Burschen nicht zum Segen zu gereichen. Er hat seit seinem Diensteintritt schon dreimal mit Arrest bestraft werden müssen. Von der Zukunft dieses jähzornigen Menschen, der anscheinend stark erblich belastet ist, verspreche ich mir nichts Gutes. Ich vermute, daß er nach seiner Entlassung vom Militär immer mehr sinken und in sein altes Leben zurückfallen wird. Nach alledem kann er für die menschliche Gesellschaft nur als „verloren" betrachtet werden."

Fasse ich die einzelnen, in den Fürsorgezeugnissen enthaltenen Charakterschilderungen zu einem Gesamturteil zusammen, so werden von den Anstalten selbst 8 Mann als unerziehbar und unbeeinflußbar



bezeichnet. Ich vermag mich auf Grund einer kritischen Würdigung des ganzen weiteren Lebenslaufes sowie auf Grund meiner eigenen Untersuchungen diesen Urteilen nur anzuschließen. Ich möchte aus den Erzieherberichten kurz einige Urteile anführen, um zu zeigen, wie gut mit wenigen Worten eine weitgehende Charakteristik gegeben werden kann.

„Ein überaus frecher, roher Bursche, der sich der Ordnung des Hauses nicht fügen wollte und auf keine Weise erzieherisch auf sich einwirken ließ“, oder bei einem andern: „Ein störriger, widerspenstiger Charakter, wie wir ihn weder vor noch nach ihm in unserer Anstalt hatten“; ferner bei einem Dritten: „Er ist faul, fügt sich nicht der Hausordnung, führt freche Reden, besitzt Hang zu Raufereien und Saufereien, ist völlig ohne Pflichtgefühl“; bei einem Vierten: „Er vermag sein Verhalten nicht nach bestehenden Grundsätzen, z. B. Hausordnung, einzurichten; wir halten ihn geistig nicht für normal.“ Letztgeschilderter Mann wurde wegen Schwachsinns vom Militär entlassen. Die Berichte über die vier übrigen Leute lauten im wesentlichen ähnlich, wenn auch nicht so präzis. Erwähnen möchte ich nur noch einen Fall. In dem Bericht der Fürsorgeanstalt heißt es: „G. gehörte der Fortbildungsschulklasse für Schwachbegabte und geistig Minderwertige an. Wegen seiner geringen Begabung vermochte er aber auch dem Unterricht dieser Klasse nicht zu folgen, sondern mußte, zumal er weder lesen noch schreiben konnte, gesondert mit Lese- und Schreibübungen, wie sie Kinder in den ersten Schuljahren üben, beschäftigt werden. Er machte den Eindruck eines geistig nicht ganz normalen Menschen.“ Die Fürsorgeanstalt bemühte sich sodann, durch Vermittlung des Landeshauptmanns sowohl als auch direkt durch Schreiben an das Regiment die Einstellung dieses Zöglings beim Militär rückgängig zu machen. Ich vermochte auf Grund sehr umfassender Nachforschungen und Untersuchungen die Ansicht der Fürsorgeanstalt über die Dienstunbrauchbarkeit dieses Mannes nicht zu teilen, wenn ich auch ohne weiteres zugebe, daß bei ihm eine Debilität vorlag, und mir auch bewußt war, daß genannter Mann nie ein zuverlässiger, wirklich brauchbarer Soldat sein würde. Anscheinend hat er doch noch eine verspätete geistige Entwicklung durchgemacht, denn er war sehr wohl imstande, über 1½ Jahre den dienstlichen militärischen Anforderungen zu genügen, war keineswegs durch Dummheit aufgefallen, weder bei der Truppe noch im Festungsgefängnis, wo ich Gelegenheit hatte, die Offiziere, Unteroffiziere und Kameraden eingehend selbst zu sprechen, nachdem sie ihn auf meinen Wunsch besonders beobachtet hatten.

Die eben genannte Zahl (8) erfährt eine beträchtliche Erweiterung, wenn ich diejenigen Zöglinge hinzuzähle, bei denen zwar seitens der Erziehungsanstalt das Urteil „unerzieh- und unbeeinflußbar“ nicht unmittelbar ausgesprochen wird, bei denen jedoch Charaktereigenschaften erwähnt



werden, die gleichfalls eine mangelnde Beeinflußbarkeit erkennen lassen. Es sind dieses noch 6 Mann. Von diesen werden seitens der Anstalt Schilderungen gegeben als „verstocktes Wesen, finsterer Blick, bedarf strenger, fortwährender Aufsicht" oder „bisweilen erregt und ausfallend, frech, beträgt sich unanständig, lügt fürchterlich, ist ein großer Schwindler", ferner „ein ungezogener Bursche, der verschiedentlich entwichen ist, dessen Leistungen ganz minimal sind, dessen Ordnungsliebe und Fleiß viel zu wünschen übrig läßt, der viel gelogen" (und anscheinend auch gestohlen) hat; ferner noch: „ein dreister, frecher Bursche, ohne jegliche sittliche Reife, leichtsinnig in seinen Angaben und ziemlich beschränkt" usw.

Also 14 Leute — die Hälfte meines Materials — werden von der Anstalt selbst mehr oder weniger eindeutig als unerziehbar bezeichnet. Bei weiteren 6 Fürsorgezöglingen fanden sich in den Akten kurze Bemerkungen, welche erkennen lassen, daß die Erziehung nicht geringe Schwierigkeiten hatte. So werden als Charaktereigenschaften erwähnt: „träges, zänkisches Wesen", ferner „Leichtsinn und Mangel an ernsterem Interesse für die Arbeit", sodann „Mangel an Wahrheitsliebe", „Frechheit und Notwendigkeit häufiger strenger Zurechtweisung" und ähnliches. Gar nicht berücksichtigt habe ich die Fluchtversuche. Ich kann nur sagen, daß jeder Zögling im Laufe der Zeit gelegentlich versucht hat, zu entweichen; einzelne haben den Versuch sogar fünf- bis sechsmal wiederholt, oft mit Erfolg. Nur bei 4 Leuten findet sich in den Erziehungsakten die ausdrückliche Notiz, daß sie sich einwandfrei geführt hätten und gute Charaktereigenschaften besäßen. Diese 4 sind sämtlich haltlose Menschen, die unter ständiger Aufsicht sich vielleicht sozial bewähren können, die aber — ohne derartige Aufsicht — mehrfach mit den Strafgesetzen kollidierten und auch weiterhin kollidieren werden.

Um nun auf die Frage zurückzukehren, ob es der Fürsorgeerziehung als solcher zur Last gelegt werden kann, wenn sie bei allen meinen Leuten nicht imstande gewesen ist, sie zu sozial nützlichen Gliedern zu machen, möchte ich gleich hier erwähnen, daß es sich bei meinem Material durchaus um Ausnahmefälle handelt, und daß meine Beobachtungen im schroffsten Gegensatze stehen zu den Erfahrungen, die in der Statistik [1]) über Fürsorgeerziehung Minderjähriger niedergelegt sind.

[1]) Statistik über die Fürsorgeerziehung Minderjähriger (Gesetz vom 2. Juli 1900) usw. für das Rechnungsjahr 1909. Rawitsch 1911.



Es sind umfassende Nachforschungen, Erhebungen usw. angestellt worden über diejenigen Fürsorgezöglinge [1]), die in der Zeit vom 1. April 1904 bis zum 31. März 1909 aus der Fürsorgeerziehung ausgeschieden sind.

Man vermochte über 8155 Zöglinge, das sind 82,1 % der überhaupt zur Entlassung gekommenen, sichere Unterlagen zu gewinnen.

Es standen bei der Überweisung im Alter von	Es führten sich davon					
	genügend bis gut		zweifelhaft		ungenügend bis schlecht	
	m.	w.	m.	w.	m.	w.
0—14 Jahren	85.1	88.0	7.3	7.2	7.6	4.8
14—16 „	75.1	75.4	10.2	9.8	14.7	14.8
16—18 „	64.0	65.0	11.8	13.0	24.2	22.0

Wenn auch aus vorstehender Tabelle sich eindeutig ergibt, daß bei den in jugendlichem Alter bereits Überwiesenen eine erzieherische Beeinflussung weitaus günstiger sich gestaltet als bei den erst später Eingewiesenen, so vermochte die Fürsorgeerziehung doch auch bei den Zöglingen, die im Alter von 16 bis 18 Jahren eingewiesen wurden, noch recht erfreuliche Erfolge zu erzielen. Daß diese auch dauernde waren, zeigt nachstehende Tabelle:

Es schieden aus im Jahre	und führten sich nach der Ausscheidung genügend bis gut		
	zus.	m.	w.
1908	75.0%	75.4%	74.4%
1907	70.1 „	71.0 „	69.0 „
1906	65.8 „	66.4 „	65.1 „
1905	61.4 „	59.0 „	64.0 „
1904	53.8 „	51.5 „	57.7 „

oder: es haben sich von den 8155 Zöglingen nach der Entlassung geführt:

69,4 % genügend bis gut,
11,3 % zweifelhaft,
19,3 % ungenügend bis schlecht.

Es sei schließlich auch noch die Kriminalität in einer Tabelle erläutert:

Es waren gerichtlich bestraft von den Zöglingen

	vor oder während der Fürsorgeerziehung			nach der Fürsorgeerziehung		
	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.
0—14 jährig	36.7%	42.8%	19.5%	12.2%	16.3%	1.4%
14—16 „	60.8 „	74.3 „	35.5 „	19.7 „	24.2 „	11.0 „
16—18 „	64.9 „	85.6 „	41.6 „	31.0 „	38.6 „	22.3 „

[1]) Statistik über die Erfolge der Fürsorgeerziehung bei den in der Zeit vom 1. April 1904 bis zum 31. März 1909 aus der Fürsorgeerziehung ausgeschiedenen Personen, deren Überweisung nach dem Gesetz vom 2. Juli 1900 erfolgt war. Kgl. Ministerium des Innern. Rawitsch 1911.



Ich würde es für recht wünschenswert halten, daß in den künftigen Statistiken die militärische Dienstzeit, besonders militärische Gefängnisstrafen mit berücksichtigt werden. Gerade die aktive Dienstzeit mit der notwendigen straffen Selbstdisziplin und Unterordnung scheint mir mit ein guter Prüfstein für den Erfolg einer gelungenen nachhaltigen Beeinflussung.

Diese außerordentlich günstigen Erfolge der Fürsorgeerziehung werden in Zukunft noch zunehmen, wenn erst die umfassenden Maßnahmen, welche der rechtzeitigen Erkennung, Unterbringung und Behandlung der Psychopathen gewidmet sind, ihre praktische Wirkung zeigen werden. Durch eine allgemeine Verfügung des Justizministers [1]) vom 24. Juni 1909 werden „Ermittlungen im gerichtlichen Fürsorgeerziehungsverfahren über den geistigen und körperlichen Gesundheitszustand des Minderjährigen" angeordnet, und ein weiterer Erlaß [2]) des Justizministers vom 9. Januar 1911 verfügt „die ärztliche Untersuchung des Geisteszustandes der Minderjährigen im Laufe eines gerichtlichen Fürsorgeerziehungsverfahrens". Die von zahlreichen Provinzialverwaltungen veranlaßten Untersuchungen der in Fürsorgeerziehung befindlichen Zöglinge durch Psychiater hat bereits bemerkenswerte Erfolge gezeitigt. Als solche sind zu nennen die Fortbildungskurse, in denen die Erzieher durch Psychiater in gemeinverständlicher Weise auf die Erscheinungsformen des Schwachsinns hingewiesen und ihr Blick für die Erkennung der geistig auffälligen Zöglinge geschärft wird. Ein weiterer Erfolg ist die Einrichtung besonderer Erziehungsanstalten für die Psychopathen bzw. ihre Überführung in Heil- und Pflegeanstalten. Ferner sind für die geistig Minderwertigen besondere Hilfsklassen in gewissen Anstalten eingerichtet, und schließlich ist durch einen Erlaß [3]) des Ministers des Innern vom 2. November 1910 angeordnet worden, „das Ergebnis der psychiatrischen Untersuchung der minderjährigen Fürsorge- und Zwangszöglinge, sofern es auf geistige Minderwertigkeit lautet, den Ersatzbehörden für die Entscheidung über die Militärpflicht der Zöglinge zugänglich zu machen".

All diese dem Vorberichte der Statistik über die Fürsorgeerziehung Minderjähriger entnommenen Schilderungen und Angaben zeigen ebenso wie die zahlreichen Statistiken, in welch unermüdlicher, ziel-

[1]) [2]) [3]) siehe Statistik über die Fürsorgeerziehung usw. Abschnitt B, S. 89, 90, 128.



bewußter Arbeit die Ausführungsbehörden bemüht sind, „die bestehenden Einrichtungen zu vervollkommnen und die außerordentlich schwierigen Erziehungsaufgaben, die die Fürsorgeerziehung täglich neu stellt, nach Kräften befriedigend zu lösen".

Ich möchte es als wünschenswert bezeichnen, wenn über jeden Fürsorgezögling bei seinem Ausscheiden aus der Fürsorgeerziehung auf einer Konferenz sämtlicher Erzieher ein zusammenfassendes, abschließendes Gutachten abgegeben und zu den Personalakten genommen wird, etwa so, wie ich es wörtlich im vorhergehenden in einem Falle anführen konnte. Ich glaube, daß — durch die Notwendigkeit eines gegenseitigen Meinungsaustausches — Urteile über Charaktereigenschaften von Zöglingen und Ansichten der Erzieher zur Sprache gelangen, die sonst in die Akten nicht hineinkommen würden; für die Nachforschungen gewännen wir sicher ein unschätzbares Material durch diese zusammenfassenden Schlußgutachten.

Bereits mehrfach habe ich im vorhergehenden die soziale Bewährung gestreift; um auf sie im Zusammenhang näher einzugehen, möchte ich zunächst kurz den Beruf des von mir untersuchten Materials streifen. Es ergaben sich — obgleich dieses Kapitel ja noch eigentlich zur Fürsorgeerziehung gehört — interessante Einblicke in die Persönlichkeit meiner Leute.

Ein Handwerk hatten erlernt 7 Leute (5 das Schlosser- bzw. Schmiede-, einer das Tischler-, einer das Schneiderhandwerk). 5 hatten die Lehrzeit nicht durchgehalten, vier infolge ihrer Unbeständigkeit, indem sie aus der Lehre entliefen; einer war für die Erlernung des freiwillig erwählten Schmiedehandwerks — nach dem Urteil des Lehrherrn — zu „beschränkt".

In bestimmten Betrieben waren bis zu ihrem Diensteintritt tätig 10 Mann, und zwar meist in der Landwirtschaft als Knechte bzw. in der Stadt als Kutscher. Von diesen befanden sich mehrere monate- (ja einige wenige sogar jahre-) lang bei denselben Arbeitgebern. Ein ausgesprochen unstätes Leben führten 11 Mann. Von diesen waren als „Gelegenheitsarbeiter" in verschiedenen Betrieben des Inlandes tätig 3 — soweit sie nicht im Gefängnis saßen (s. Lebenslauf H., S. 217 u. 236, Be., S. 214 u. 235, W. S. 206 u. 231). 7 waren längere Zeit im Auslande, einer als Wanderbursche, 6 auf Schiffen als Heizer, Kohlentrimmer, im Auslande als Tagelöhner, Hafenarbeiter, auf Farmen usw. Nur einer — ein ausgesprochen schwachsinniger Mensch — gab unumwunden zu, nie gearbeitet zu haben, sondern als Zuhälter sich durch das Leben geschlagen zu haben (s. Lebenslauf T., S. 208 u. 233).



Es nimmt kein wunder, daß von meinem Material ein nicht unbeträchtlicher Prozentsatz es versucht hat, sich dem Diensteintritt beim Militär zu entziehen. Im ganzen sind von meinen 29 Mann 11 als unsichere Heerespflichtige eingestellt worden (38 %); sicher eine recht hohe Prozentzahl, wenn man berücksichtigt, wie relativ selten die unsicheren Heerespflichtigen beim Heere sind. Einen stichhaltigen Grund für den Versuch, sich der Wehrpflicht zu entziehen, habe ich bei den Leuten eigentlich nicht recht ermitteln können; ich habe wenigstens nicht den Eindruck gehabt, daß bei der Mehrzahl Furcht oder tiefergehende Abneigung gegen das Militärleben die Ursache war, höchstens eine an und für sich allgemein bestehende Abneigung gegen ein geordnetes, geregeltes, diszipliniertes Leben. Diese Auffassung ergibt sich aus der Tatsache, daß von den 11 als besonders unstät geschilderten Leuten allein 7 als unsichere Heerespflichtige eingestellt worden sind.

Wenn schon die vorhergehenden Ausführungen einen wertvollen Rückschluß auf das soziale Scheitern meines Materials zulassen, so gibt doch das deutlichste Bild die Kriminalität.

Unbestraft sind nur 3. Von den verbleibenden 26 sind bestraft:

wegen:	Anzahl der Personen:
Gewalt und Drohung gegen Beamte	4
Hausfriedensbruchs	3
Unzucht mit Gewalt usw.	0
Ärgernis durch unzüchtige Handlung	0
Beleidigung	0
einfacher Körperverletzung	5
gefährlicher Körperverletzung	1
einfachen Diebstahls, auch im wiederholten Rückfall	16
schweren Diebstahls, auch im wiederholten Rückfall	8
Unterschlagung	3
Betrugs	2
Sachbeschädigung	3
Übertretungen nach § 360 Str.-G.-B. u. folg. (Betteln, Landstreichen, Obdachlosigkeit, Unfug usw.)	14.

Die Strafen gemäß § 360 u. folg. lassen keinen Rückschluß auf die Persönlichkeit zu, so lange sie die einzigen Gesetzesübertretungen des Mannes darstellen. Dieses ist bei 5 — unter den 14 gemäß § 360 usw. Bestraften — der Fall. In diesen 5 Fällen scheint es sich um gelegentliches Betteln usw. aus Arbeitlosigkeit, Not gehandelt zu haben,



beim Verüben von Unfug um Handlungen, die sicher unter stärkerer oder geringerer Alkoholeinwirkung zustande kamen.

Als weitaus alle andern strafbaren Handlungen überragend stellen sich die Vergehen gegen das Eigentum dar. Ich möchte die vorstehende Tabelle noch ergänzen durch folgende Aufstellung:

Es wurden bestraft	1	2	3	4	5	6 mal
wegen einfachen Diebstahls (auch im wiederholten Rückfall) im ganzen 16 Männer, und zwar	8	4	3	—	—	1

Von den 8 wegen schweren Diebstahls bestraften Personen waren 5 bereits wegen einfachen Diebstahls vorbestraft. Von den in vorstehender Tabelle aufgeführten 8 wegen einfachen Diebstahls einmal bestraften wurden 2 später noch wegen schweren Diebstahls bestraft, zeigten also eine Tendenz zu gröberen Eigentumvergehen.

Ich wende mich im Nachfolgenden zu der Kriminalität meines Materials während ihrer aktiven Dienstzeit.

Die jetzige Gefängnisstrafe war — ohne Berücksichtigung bereits früher verhängter militärischer Strafen mit Arrest, Gefängnis — ausgesprochen worden:

wegen	bei Soldaten (Anzahl)	Von diesen wurden im Anschluß an ihre Straftat fahnenflüchtig
1. unerlaubter Entfernung	3	—
2. Fahnenflucht	8	—
3. strafbarer Handlungen gegen die militärische Unterordnung	6	2
4. Unterschlagung	2	1
5. Diebstahls (auch schweren)	6	2
6. Betrugs	1	—
7. Körperverletzung	2	—
8. Notzucht	1	—

Zu 1. Unter den wegen unerlaubter Entfernung jetzt mit Gefängnis bestraften Soldaten ist wegen desselben Vergehens einer bereits 4 mal, ein zweiter bereits 5 mal vorbestraft — letzterer überdies noch 8 mal mit Arrest und Gefängnis wegen strafbarer Handlungen gegen die militärische Unterordnung — (s. Lebenslauf K., S. 207, u. M. A., S. 209).

Zu 2. Von den 8 wegen Fahnenflucht Verurteilten sind 6 schwerer vorbestraft, und zwar einer wegen unerlaubter Entfernung mit Arrest, zwei wegen Fahnenflucht mit Gefängnis, ein vierter zweimal wegen unerlaubter Entfernung mit strengem Arrest und einmal wegen Fahnenflucht mit Gefängnis. Ein fünfter ist wegen widernatürlicher Unzucht (begangen an einer Stute) und anschließender Fahnenflucht mit Gefängnis vorbestraft (s. Lebenslauf E., S. 212 u. 234). Ein sechster ist während seiner 10 monatigen Dienstzeit 17 mal mit — hauptsächlich strengem — Arrest

vorbestraft worden, davon allein 8 mal wegen Verstöße gegen die militärische Unterordnung (s. Lebenslauf T., S. 208, graphisch 3, S. 233).

Zu 3. Die 6 Soldaten, verurteilt wegen strafbarer Handlungen gegen die militärische Unterordnung, sind zur Hälfte schwerer vorbestraft. Einer ist 6 mal, ein zweiter 4 mal wegen der gleichen Verfehlungen, jedoch leichteren Grades, vorbestraft; von diesen beiden überdies einer noch 8 mal wegen kleinerer Verstöße gegen die Disziplin (s. Lebenslauf K., S. 207 u. 232). Der dritte (s. Lebenslauf W., S. 206 u. 231) ist in 2 ½ Jahren zweimal wegen unerlaubter Entfernung mit strengem Arrest und Gefängnis, einmal — ebenso wie jetzt — mit Gefängnis wegen Gehorsamverweigerung und Achtungsverletzung sowie 8 mal wegen kleinerer Verstöße gegen die Disziplin bestraft.

Zu 8. Von dem wegen Notzucht Bestraften sei nur — mit Rücksicht auf die verhältnismäßige Seltenheit des Verbrechens — erwähnt, daß er 5 mal vorbestraft war wegen kleinerer Verstöße gegen die Disziplin bzw. Trunksucht im Dienst. Die Straftat selbst hatte er auch unter Alkoholwirkung verübt.

Wie aus den vorhergehenden Ausführungen sich zeigt, spielt die unerlaubte Entfernung von der Truppe bzw. Fahnenflucht die größte Rolle. Es ist dieses im Hinblick auf die Eigenart der militärischen Verhältnisse ja hinreichend verständlich. Ich möchte auf dieses Delikt noch etwas näher eingehen, gerade im Hinblick auf seine Bedeutung für militärische Verhältnisse.

Von meinen 29 Leuten wurden im ganzen fahnenflüchtig (bzw. entfernten sich unerlaubt von der Truppe) 16, das bedeutet 55 %.

Die Fahnenflucht (bzw. unerlaubte Entfernung) wurde begangen:

a) im 1. Vierteljahre der Dienstzeit von ....6 Mann,
b) im 2. Vierteljahre der Dienstzeit von .... 2 Mann,
c) während des 2. Halbjahres der Dienstzeit von .... 7 Mann,
d) im 2. Dienstjahre nur von........................ 1 Mann,
und zwar im Anschluß an einen Diebstahl.

Zu a. Von diesen 6 Mann wurde einer nach 10 Tagen, einer im 1., zwei im 2. und zwei im 3. Monat der Dienstzeit fahnenflüchtig.

Mehrfach fahnenflüchtig usw. während ihrer Dienstzeit wurden [illegible] Mann.

Daß während des ersten Halbjahres allein 8 — also die Hälfte — fahnenflüchtig wurden, erscheint mir von Bedeutung. Das Militärleben mit seinen zahlreichen fremdartigen Eindrücken, der Zwang zu Pünktlichkeit, Sauberkeit und Unterordnung ist sicher vielen unbequem, und eine wirkliche Freude am Militärleben wird in dem allerersten Wochen der Dienstzeit wohl nur von wenigen empfunden. Jedoch bis zum Entschluß der Fahnenflucht ist ein weiter Weg. Die ständige

Aufsicht, die gerade im ersten Vierteljahre den Rekruten im Interesse der Ausbildung zuteil wird, die Bekanntgabe der strengen Strafen, welche gerade auf die Fahnenflucht gesetzt sind, und zwar nicht nur Freiheitstrafen, sondern auch die entehrende Versetzung in die 2. Klasse des Soldatenstandes, das Bewußtsein, daß es unter den geordneten heutigen polizeilichen Maßnahmen doch schwierig ist — zumal ohne Geld und fern vom Elternhause — sich längere Zeit verborgen zu halten — alle diese Faktoren lassen einen geistig Vollwertigen doch nur in den alleräußersten Fällen den Gedanken einer Fahnenflucht ernstlich in Erwägung ziehen. Sehr wohl ist es möglich, daß ein Mann den Urlaub überschritten hat und nun aus Furcht vor Strafe nicht wagt, sofort zurückzukehren. Ich gebe ohne weiteres zu, daß sich auf diese Weise auch einige Fälle von unerlaubter Entfernung bei meinem Material erklären. Aber dem geistig Vollwertigen geht doch die Disziplin zu tief in Fleisch und Blut über, als daß er es wagt, sobald der Urlaub einmal überschritten ist, nun ganz und gar davonzulaufen, ohne Überlegung, daß er dadurch seine Straftat nur vergrößert und bei der Festnahme schwerere Strafe zu gewärtigen hat. Es haben sich nun von den 16 Leuten dieser Gruppe allein 5, also ein Drittel, mehrfach von der Truppe entfernt bzw. sind fahnenflüchtig geworden, und zwar obgleich sie durch die vorhergehenden Fälle von der Aussichtlosigkeit ihres Unterfangens hätten überzeugt sein müssen. Sie entwickelten also eine Unbelehrbarkeit, die allein schon die Aufmerksamkeit des Psychiaters zu erregen imstande war.

Im nachfolgenden zweiten Teil meiner Arbeit möchte ich näher auf die Psyche meines Materials eingehen. Ich trat an die Untersuchung heran in der Erwartung, daß es mir mehrfach gelingen würde, Fälle von Jugendirresein bzw. von eigentlichen Psychosen zu ermitteln. In dieser Annahme täuschte ich mich jedoch. Es handelt sich fast ausschließlich um angeborene Schwachsinnszustände oder die große Gruppe der psychopathischen degenerativen Konstitutionen. Die Tatsachen, daß — wie ich aus eigener Erfahrung sagen kann — wirkliche Psychosen beim Militär wohl kaum noch zur Aburteilung oder Einweisung in die Gefängnisse kommen, ist zurückzuführen auf das wachsende Verständnis gerade von uns Militärärzten für die Psychiatrie, welches durch die zahlreichen Maßnahmen der Medizinalabteilung, die Veröffentlichungen in



den speziell militärärztlichen Zeitschriften usw. noch ständig gefördert und vertieft wird. Es hat ferner seinen Grund darin, daß in höchst dankenswerter Weise seitens der militärischen Gerichte gerade der Psychiater ungemein häufig um sein Urteil gefragt wird, sicher weit häufiger, als es bei den Zivilgerichten der Fall zu sein pflegt.

Unter meinem hier verwerteten Material findet sich nur ein Fall von Jugendirresein, welches erst im Gefängnis zum Ausbruch kam. Der Fall sei nachstehend geschildert, da er viele interessante Momente darbietet.

Jas.; unehelich geboren; vom Vater ihm nichts bekannt. Die Mutter heiratete später und starb vor einigen Jahren an Wassersucht. Über Nerven-, Geisteskrankheiten usw. in der Familie nichts zu ermitteln. Keine Kinderkrankheiten. Besuchte kaum die Schule, da die Eltern als Binnenschiffer fast ständig unterwegs waren. Mit 11 ½ Jahren regelmäßigerer Schulbesuch, da die Eltern seßhaft wurden. Das Lernen fiel ihm schwer, hatte „keine Lust", schwänzte fast andauernd und kam in Fürsorgeerziehung. In der Anstalt war er ein williger, harmloser Junge, der sich jedoch leicht von den Kameraden verführen ließ und allerlei dumme Streiche ausübte. Vom 15. bis 17. Lebensjahre war er bei einem Bauern als Knecht untergebracht, führte sich jedoch angeblich infolge ungenügenden Essens und infolge Mißhandlung schlecht, machte zwei Selbstmordversuche (durch Erhängen und Öffnen der Pulsadern), lief davon, stahl Tauben und Hühner, die er verkaufte usw. Infolgedessen kam er auf ein Jahr in die Anstalt zurück, wo er sich wieder — scheinbar — leidlich führte. Als Knecht auf einem Gute untergebracht, geriet er in Schlägereien, beging Diebstähle und wurde zu 1 ¼ Jahr Gefängnis verurteilt. Nach Verbüßung der Strafe war er mehrere Monate als Matrose teils auf Überseedampfern, teils auf Segelschiffen tätig und wurde Oktober 1907 bei einem Infanterieregiment eingestellt. Abgesehen von zwei kleineren Arreststrafen wegen unpassenden Benehmens gab seine Führung zu Tadel keinen Anlaß. Im Dezember 1908 beging er als Postordonnanz mehrere Diebstähle (durch Öffnen fremder Pakete, deren Inhalt er für sich verwendete), wurde im Januar 1909 zu 1 ½ Jahren Gefängnis verurteilt und kam im Februar 1909 zur Strafverbüßung in das Festungsgefängnis Spandau. Die Stubenkameraden schilderten ihn als fleißigen, willigen Menschen, fröhlichen, stets zu Scherzen und Lachen aufgelegten Kameraden, der sich allerdings durch sein Lachen und ein gewisses vorlautes Wesen mehrfach kleine Disziplinarstrafen zuzog. Strafen nahm er sich zuweilen recht zu Herzen, weinte und erklärte, er wolle nun ein anderes, ordentliches Leben beginnen. Zeitweilig zeigte er sich für Stunden bis 2 Tage lang unzugänglich, ging nicht auf die Scherze der Kameraden ein und war — gegen sonst — leicht empfindlich. Diese Zustände sollen besonders auf-



getreten sein, sobald das Gespräch auf die Mutter des Jas. kam, an der er mit offenkundiger Liebe gehangen hatte. Einige Male will auch ein Stubenkamerad beobachtet haben, daß J. still und teilnahmlos unter seinem Wandschränkchen saß. Auf Fragen habe er den Kameraden groß und völlig verständnislos angestiert, die Gesichtsfarbe sei auffällig blaß gewesen. Nach kurzer Zeit sei er dann wieder „allmählich mitteilsamer und froher" geworden. Den Vorgesetzten, Arzt, Anstaltgeistlichen fiel er in keiner Hinsicht auf.

Am 18. November 1909 ließ sich Jas. früh eine kleine Hautwunde ärztlich verbinden, wurde hierbei ohnmächtig, erholte sich aber bald und nahm seine Arbeit wieder auf. Einige Zeit darnach wurde ihm „schwindlig", und er erhielt die Erlaubnis, sich ins Bett legen zu dürfen. Hier wurde ihm wieder schwindlig und übel, und es setzt von jetzt ab ein mehrstündiger Erinnerungsdefekt ein. Während desselben spielte sich folgendes ab: Jas. wälzte sich viel im Bette umher, drehte und krümmte den Körper zusammen und reagierte nicht auf Fragen. Herbeigerufen, fand ich ihn stöhnend und unruhig sich im Bette umherwälzen. Auf Anrufen führte er Aufträge, z. B. Öffnen der Augen, Vorstrecken der Zunge, Hochheben der Hand usw., sinngemäß und ohne wesentliche Verlangsamung aus. Örtlich war er richtig orientiert, erkannte mich als Arzt und erinnerte sich, daß ich ihm seinen Finger verbunden hatte. Er wußte jedoch nicht mehr, wann es geschehen war (vor 10 Stunden!). Auf weitere Fragen erfolgten nur sehr spärliche, oft gar keine Antworten. Puls 72, regelmäßig, Pupillen mittelgut, weit und ausgiebig reagierend. Zunge wird gerade vorgestreckt, zittert nicht. Keine Bißverletzungen. Sofort in das Lazarett überführt, wälzte er sich auch hier unruhig umher, sprach viel vor sich hin, „als ob er sich auf einem Schiffe befände, z. B. Anker heben, Segel raffen usw.". Allmählich wurde er ruhiger, schlief ein und erwachte am folgenden Morgen völlig klar, jedoch mit einer Amnesie für die vorhergegangenen Ereignisse.

Ich beobachtete ihn noch mehrere Tage im Lazarett, entließ ihn dann wieder versuchweise zum Dienste im Gefängnis, ließ ihn jedoch ständig unauffällig beobachten, fragte unauffällig die Kameraden über ihn, unterhielt mich selbst mit ihm bei jeder passenden Gelegenheit usw. Sein ganzes Verhalten dienstlich und außerdienstlich blieb gegen früher völlig unverändert, so wie es bereits geschildert wurde. Am 14. Februar 1910 fiel er in seiner Stube dadurch auf, daß er viel umherging, andauernd etwas suchte, wobei er vor sich hinsprach, z. B. „Wo ist es denn hin", „Ich habe es doch hier vergraben" usw. Am 15. Februar war sein Benehmen gegen die Kameraden diesen auffällig; Jas. trat z. B. plötzlich zu einem Stubenkameraden heran und sagte unmotiviert: „Der Mann hat Recht". Den Vorgesetzten ahmte er hinter dem Rücken nach, schwätzte viel verwirrtes, dummes Zeug, fuhr mit seinem eigenen Gesicht andern in das Gesicht, stieß grunzende Laute aus, zeigte sich ganz unzugänglich für eine zusammenhängende, geordnete Unterhaltung. In der Nacht vom 15. zum

16. Februar 1910 weckte Jas. plötzlich einen Stubenkameraden und fragte: „Hast du sie weggenommen?" Ohne die Antwort abzuwarten, ging er fort, holte sich einen Besen, fuhr mit diesem unter die Betten, dabei murmelnd: „Die kleine Maus habe ich gefunden, die große kann ich nicht finden." Kameraden, die ihn beruhigen wollten, bedrohte er mit dem Besen, fing an zu lärmen, militärische Kommandos laut zu rufen, ergriff einen Kasten, den er umherschob, wobei er den Ruf der Automobilhupe nachahmte. Auf alle Fragen usw. gab er nur stereotyp dieselbe Antwort: „Ich habe die weiße Maus nicht gemordet". Einem herbeigerufenen Unteroffizier antwortete er auf alle Fragen stereotyp: „Rock ohne Ärmel". Isoliert — zur eigenen Sicherheit — schlief er kurze Zeit, saß dann in hockender Stellung auf dem Bett. Auf Fragen erzählte er in konfuser, verworrener Weise, sein Vater sei Bürgermeister, habe seine eigene Frau ermordet usw. Ich fand ihn in einer Ecke der Zelle stehend, vor sich hinstierend, ohne seiner Umgebung Beachtung zu schenken. Aufgerüttelt, bezeichnete er mich — auf dahingehende Frage — als einen „Preuß", war zeitlich und örtlich unorientiert, behauptete, der Vater habe die Mutter ermordet, und er werde der Täterschaft bezichtigt. Die Gegenstände der Zelle benannte er richtig; den ihm gereichten Kaffee wollte er nicht trinken, das sei Wasser und röche nach Leichen. Der Puls, 76, regelmäßig; die Pupillen reagierten prompt und ausgiebig; die Patellarreflexe in normaler Stärke auslösbar. Romberg war angedeutet. Bei Beklopfen der Muskeln trat deutliches fibrilläres Muskelzucken ein. Es bestand ferner eine allgemeine, leichte Hypalgesie, lebhafte Dermographie, angeblich leichtes Globusgefühl. Durch Druck auf die Austrittstellen der NN. supraorbitales sowie vom linken sogenannten Ovarialpunkte konnten typisch psychogene Zustände ausgelöst werden, nämlich Schwindelgefühl, Gefühl des reifenförmigen Kopfschmerzes, leichte Übelkeit, Herabsetzung des Hörvermögens usw. Durch leichte Suggestion gelang es, diese Empfindungen zum Schwinden zu bringen bzw. sie in beliebiger Weise zu modifizieren. Auch leichte kataleptische Zustände konnten künstlich — durch Suggestion — hervorgerufen werden. Vorübergehend vermochte ich das sogenannte *Ganser*sche Symptomenbild zu beobachten. Nach 23 Tagen trat eine Änderung des Krankheitbildes ein. Die psychogenen Symptome schwanden völlig, und es entwickelten sich ausgesprochene katatonische Erscheinungen. Jas. stand oder saß teilnahmlos umher in deutlich gebundener Haltung, den Kopf auf die Brust gesenkt, die Hände gefaltet, mit starrem, unbewegtem Gesichtsausdruck. Es bestand Katalepsie, deutliche Echolalie, leichter Negativismus, zeitweilig völliger Mutazismus. Zuweilen gab er auf Fragen spärliche Antworten; z. B. auf die Frage, wie es ihm ginge, klagte er tagelang über Schwindelgefühl: „Das Schiff schaukelt so". In der Folgezeit wurde er vorübergehend zugänglicher, zeigte sich ständig zeitlich und örtlich unorientiert, verkannte die Kameraden, duzte mich (gleichfalls infolge Personenverkennung), hatte Gesichts- und Geschmackstäuschungen,

auch Gehörshalluzinationen. Immer deutlicher trat die Katalepsie in Erscheinung sowie — allerdings wechselnd — Echopraxie, Echolalie und kör-
körperliche Sensationen (in Entwicklung begriffener physikalischer Verfolgungswahn). Eines Nachts unternahm er einen ernstgemeinten Selbstmordversuch, indem er unter die Bettdecke kroch und versuchte, sich mit dem Halstuch zu erdrosseln.

Im Mai erfolgte seine Überführung in eine Irrenanstalt.

Den Fall habe ich absichtlich so ausführlich geschildert, da er in verschiedenster Beziehung bemerkenswert ist.

Er zeigt zunächst die Schwierigkeit einer exakten Diagnosenstellung. Ein bisher völlig unauffälliger Mensch erkrankt ganz plötzlich an einem Dämmerzustande, dessen Deutung unmöglich war — infolge mangelnder Unterlagen für die Erkenntnis der zugrunde liegenden Psychose (Epilepsie, Hysterie usw.). Der Dämmerzustand klingt in wenigen Stunden ab, der Mann versieht ein Vierteljahr hindurch völlig unauffällig und geistig gegen früher unverändert seinen militärischen Dienst. Wiederum plötzlich tritt eine auffällige Änderung in seinem äußeren Verhalten auf; er wird läppisch, verwirrt, erregt, hat Sinnestäuschungen, zeigt das *Ganser*sche Symptom, so daß man zunächst an einen hysterischen Dämmerzustand denken mußte. Sehr bald aber entwickelte sich ein typisches Jugendirresein, eine Katatonie, welche die Aufnahme des Mannes in eine Irrenanstalt bedingte.

Wie meine Nachforschungen ergaben, hat der Mann bereits 2 Tage vor der Lazarettaufnahme Zeichen von geistiger Veränderung gegenüber den Kameraden gezeigt, ohne daß diese es für nötig hielten, die Vorgesetzten bzw. den Arzt zu benachrichtigen. Gerade akutere psychische Störungen (Erregungs-, Verwirrtheitszustände, Sinnestäuschungen, Wahnideen) sind für die Erkenntnis einer Dementia praecox überaus wertvolle Hilfssymptome. In zahlreichen Fällen des Jugendirreseins fehlen sie bekanntlich völlig, und hier sind es „nur allmählich in Erscheinung tretende psychische Ausfallsymptome und Insuffizienzerscheinungen", Beeinträchtigung „der Funktionen der Ausdauer, der Aufmerksamkeit und Kombinationsfähigkeit" (*Wieg-Wickenthal* [1])), welche das Krankheitbild beherrschen. Gerade aber diese Erscheinungen werden erfahrunggemäß von der Umgebung fast

[1]) *Wieg-Wickenthal*, Zur Klinik der Dementia praecox. Seite 8. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. Marhold, Halle 1908.



stets übersehen oder verkannt und als Ausfluß von Trägheit, Dickfelligkeit usw. gedeutet. Für unsere militärischen Verhältnisse besteht die Schwierigkeit, daß wir nur selten in der glücklichen Lage sind, die Eltern, Angehörigen, Dienstherren usw. mündlich zu sprechen, mithin kein klares Bild über den Geisteszustand eines Mannes vor seinem Diensteintritt gewinnen können. Entgehen uns die oben erwähnten akuteren psychischen Störungen, oder aber fehlen sie in der häufig schleichenden Entwicklung des Jugendirreseins gänzlich, so erwachsen uns bei forensischen Fällen nicht geringe Schwierigkeiten. Es taucht dann der in Laienkreisen noch so viel spukende Begriff „Simulation" auf, und der Arzt wird — bei dem bekannten Mißtrauen gegen die Psychiater — für zu leichtgläubig gehalten, wenn er unter höherer Bewertung der Angaben der Kameraden als der Vorgesetzten die angebliche Trägheit, Unart, Unfolgsamkeit usw. als Zeichen einer beginnenden Geisteskrankheit erklärt.

Anderseits zeigt dieser Fall, welch ungemein wertvolle Beobachtungen uns notgedrungen entgehen müssen, sobald sich ein Sträfling in Einzelhaft befindet. Ich hatte in Fällen von sogenanntem Zuchthausknall bei Einzelgefangenen mehrfach den Eindruck, daß doch wohl schon wichtige psychische Veränderungen in den letzten Tagen vor dem Ausbruch vorgelegen haben mochten, deren Kenntnis die Beurteilung des betreffenden Falles nicht unwesentlich erleichtert hätte.

Bei der — wie bereits erwähnt — oft recht langsamen und sich lange Zeit hinziehenden Entwicklung des Jugendirreseins ist seine Abgrenzung und Unterscheidung von andern Psychosen, besonders aber von den psychasthenischen Zuständen, nicht leicht.

Daß epileptiforme Anfälle im Beginn der Dementia praecox vorkommen können, ist eine hinreichend bekannte Erfahrungstatsache. Die Abgrenzung von einer genuinen Epilepsie wird aber wohl kaum je Schwierigkeiten bereiten. Ebenso wird die progressive Paralyse wohl gleichfalls differentialdiagnostisch meist ausgeschaltet werden können.

Wesentlich schwerer ist bereits die Unterscheidung von den psychasthenischen Zuständen. Recht häufig finden wir „bei Beginn einer Dementia praecox — noch vor dem Ausbruch der psychischen Dissoziationserscheinungen — ein kürzer oder länger dauerndes hypochondrisch-neurasthenisches Zustandbild. Immer aber habe ich ge-



funden, daß diese symptomatischen Neurasthenien mit hypochondrischen Vorstellungen im Initialstadium der Dementia praecox von vornherein das ominöse Gepräge mangelnder psychischer Reaktion im Sinne einer gewissen Resignation und Apathie an sich tragen, wodurch derartige angehende Dementia praecox-Kranke ganz wesentlich kontrastieren von den unstäten, überall hilfesuchenden, klagereichen und nie zufriedenen eigentlichen Neurasthenikern" (*Wieg-Wickenthal* S. 42).

Die Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Dementia praecox schließlich gehört „in gewissen Fällen vielleicht zu den schwierigsten Fragen der klinischen Psychiatrie", wie *Wieg-Wickenthal* an der Hand mehrerer Fälle ausführt und einige im vorigen Jahre veröffentlichte Krankengeschichten von *Lückerath* [1]) gleichfalls illustrieren. „Bei beiden Gruppen von Geistesstörungen — wenigstens im ersten Verlaufe der Psychose — können rein funktionelle Störungen (Willensstörungen) allein vorkommen, ohne deutlich hervortretende Demenz oder psychische Dissoziationserscheinungen." Über die Differentialdiagnose möchte ich *Wieg-Wickenthal* weiter zitieren.

1. „Die eigentlichen hysterischen Psychosen (Äquivalentpsychosen, postparoxysmale Störungen, Raptus hystericus, akute paranoide Zustandbilder, chronische hysterische Psychosen) sind im allgemeinen im Vergleiche zu dem häufigen Auftreten der Dementia praecox gerade im Pubertätsalter selten; nach dem 25. Lebensjahre nehmen die hysterischen Psychosen nach unserer Erfahrung wieder an Häufigkeit zu.

2. Jede akut oder subakut einsetzende Psychose mit hysteriformen oder neurasthenischen Zügen, die bei einem früher ganz gesunden Patienten ohne degenerative Veranlagung und ohne hysterisch-neurasthenische Antezedentien auftritt, ist einer Dementia praecox verdächtig, besonders dann, wenn ein stuporöser Zustand oder tobsuchtartige Erregung die Szene eröffnet (Katatonie)."

Die große Bedeutung — der angeborenen Schwachsinnszustände aller Grade — von der Idiotie bis zur leichten Debilität — für das Heer hat überaus zahlreiche Arbeiten gezeitigt, auf die ich hier nicht näher eingehen kann. Ich glaube, daß die Zahl der Schwachsinnigen im Heere — vorzugsweise der leicht Schwachsinnigen — eher unterschätzt als überschätzt wird. Bei dieser großen Rolle der Imbezillität ist es leicht begreiflich, daß auch unter meinen ehemaligen

[1]) *Lückerath*, Zur Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und Hysterie. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie 1911, Bd. 68, Heft 3, S. 312.



Fürsorgezöglingen ein nicht geringer Prozentsatz von Schwachsinnigen sich befindet.

Ich möchte zunächst einige Fälle von stärkerem Schwachsinn schildern.

1. M., 25 Jahre alt, ehelich geboren. Der Vater starb an einer rasch verlaufenden Krankheit, eine Schwester der Mutter war mehrfach im Irrenhause, eine Schwester des M. in einer Erziehungsanstalt, da sie stets „von Hause fortläuft". Nähere Angaben über die Familie konnten nicht erlangt werden, da M. seit 15 Jahren zu der Mutter keine Beziehungen unterhält. Als Kind machte er Lungenentzündung und eine Drüsenoperation am Halse (Narbe sichtbar) durch. In der Schule lernte er schlecht, besonders Rechnen und Geographie fiel ihm schwer. Wegen häufigen „Schwänzens" der Schule und Mangel an erzieherischem Einfluß der Mutter kam er mit 12 Jahren in eine Fürsorgeanstalt. Nach den Akten der Anstalt zeigte er sich im Unterricht „sehr beschränkt", „erschien zu der Erlernung eines Handwerks nicht begabt genug", war „träge", stahl, lief davon. Der Versuch, ihn bei einem Bauern unterzubringen, scheiterte, da M. auch diesem davonlief, dumme Streiche beging, stahl. Er verbrachte daher die Zeit vom 12. bis 21. Lebensjahre fast ausschließlich in der Anstalt selbst. Vom 19. bis 21. Lebensjahre ist er viermal gerichtlich bestraft, dreimal wegen Bettelns mit Haft, einmal wegen Hausfriedensbruchs mit Gefängnis. 1906 aus der Fürsorgeerziehung entlassen, fuhr er als Schiffsknecht umher und wurde August 1907 als unsicherer Heerespflichtiger eingestellt. Bereits 6 Wochen nach dem Diensteintritt wurde er fahnenflüchtig, aber sehr bald ergriffen und zu 6 Monaten Gefängnis verurteilt. Im Gefängnis führte er sich straffrei. Am 25. März 1908 zur Truppe entlassen, wurde er nach einem halben Jahre zum zweiten Male fahnenflüchtig, wieder nach kurzer Zeit ergriffen und zu 1 Jahr 7 Monaten Gefängnis verurteilt (hier wieder straffreie Führung). Der Kompagniechef bezeichnete ihn in seinem Bericht als „geistig minderwertigen Menschen" von stillem, stumpfem Wesen. Ein im wesentlichen gleiches Urteil fällte der Kompagniechef im Festungsgefängnis über M. Gründe für seine wiederholte Fahnenflucht vermochte M. nicht zu nennen; nach ausdrücklicher Angabe hatte er es gut bei der Truppe; sexuelle Motive lagen nicht vor, ebensowenig Alkoholwirkung. „Ich habe es mir nicht überlegt."

Die Intelligenzprüfung wies einen Schwachsinn recht beträchtlichen Grades nach. M. wußte nicht einmal die Namen seiner Vorgesetzten, ebensowenig Vor- und Familiennamen der Mutter. Er zeigte sich unfähig, einfache Kombinations-, Differenzierungsaufgaben zu lösen, versagte bereits bei der allereinfachsten *Ebbinghaus*schen Probe, sprach nur fünfstellige Zahlen richtig nach, entwickelte bei Assoziationsaufgaben eine hochgradige Armut an Vorstellungen usw.

Die körperliche Untersuchung zeigte M. als Mikrozephalen (52 cm

Schädelumfang). Schädel und Gesicht waren unsymmetrisch, die Stirn sprang stark vor, während die Schläfengegend deutlich eingefallen erschien. Beide Augäpfel standen ungleich hoch, links bestand Schielen. Die Nase verlief schief nach rechts. Am linken Ohr *Darwin*scher Höcker; ferner Plattfußanlage. Auf den Armen fanden sich Tätowierungen (zwei Hände umrahmt von einem Kranz sowie ein Monogramm). Das Nervensystem zeigte — außer leichter Dermographie — keine Besonderheiten. M. wurde wegen Schwachsinns dienstunbrauchbar entlassen.

2. W. (graph. Lebenslauf 1, s. S. 231), 24 Jahre alt, ehelich geboren. Der Vater war früher Säufer. Nähere Angaben über erbliche Belastung fehlen, da W. seit langen Jahren ohne Beziehungen zu den Eltern ist. In der Schule begriff er schwer und vergaß leicht, schwänzte viel, war ein Taugenichts, wurde zuerst mit 13 Jahren wegen Sachbeschädigung gerichtlich mit einem Verweise bestraft und kam in Fürsorgeerziehung. Die erste Anstalt bezeichnet seine Führung als schlecht und ihn selbst als „verstockte Natur, die sich nur dem Zwange füge"; die andere Anstalt kennzeichnete ihn als „rohen, zu Gewalttätigkeiten geneigten Burschen, der sich nicht an Ordnung und Zucht gewöhnen wollte". Mehrfach verstand er es zu fliehen (s. Skizze). Vom 17. bis 20. Lebensjahre (1902 bis 1905) wurde er viermal gerichtlich mit Gefängnis bestraft, zweimal wegen Sachbeschädigung und zweimal wegen Diebstahls. Oktober 1907 Diensteintritt (im 22. Lebensjahre). Anfangs führte er sich straffrei, fand sich auch leidlich in das militärische Leben hinein. Nach einem halben Jahre jedoch ließ er in seinen Leistungen nach, vernachlässigte sich in seinem Anzuge, fing an zu trinken, überschritt den Urlaub, entfernte sich mehrfach von der Truppe, wurde frech gegen Vorgesetzte, verweigerte den Gehorsam usw. Er ist in den 2½ Jahren seiner Dienstzeit bestraft worden viermal mit Arrest und Gefängnis wegen unerlaubter Entfernung bzw. Urlaubsüberschreitung, zweimal wegen Achtungsverletzung und Gehorsamsverweigerung mit Gefängnis und außerdem noch mit zahlreichen kleineren Disziplinarstrafen. Bei der Truppe gilt er als „minderwertiger, verwahrloster Mensch". Auch bei ihm konnte ich einen beträchtlichen Grad von angeborenem Schwachsinn nachweisen. Hierfür sprach ja auch die völlige Unbeeinflußbarkeit durch Strafen, seine Unbelehrbarkeit und Unfähigkeit, sich gegebenen Verhältnissen unterzuordnen. Er täuschte vielleicht eine bessere Intelligenz vor — als er sie tatsächlich besaß — dadurch, daß er gern Schlagworte anwendete und sich als ein Opfer der Verhältnisse hinstellte. So z. B. antwortete er auf die Frage, ob ihm die mehrfachen Ermahnungen des Geistlichen nicht zu Herzen gegangen seien: „Das glaube ich doch nicht, was der sagt", und weiter über seine Erziehung: „Ich bin nie unter verständigen Menschen gewesen".

Die körperliche Untersuchung ergab einen asymmetrischen Langschädel (Horizontalumfang 56 cm), schiefgestellte Nase, niedrige Stirn, tiefliegende Augen infolge stark vorspringender oberer Augenhöhlen-

ränder, eingesunkenen Nasenwurzelansatz, enge Lidspalten und einen sehr massigen breiten Gesichtsschädel. Das Nervensystem zeigte keine Besonderheiten. W. wurde gleichfalls als dienstunbrauchbar entlassen.

3. K. (Skizze 2, s. S. 232), 22 Jahre alt, unehelich geboren. Der Vater ist ihm nicht bekannt, die Mutter hat einen andern geheiratet. Über erbliche Belastung ist nichts bekannt. Bis zum 8. Lebensjahre wurde er von den Eltern der Mutter erzogen, kam dann zu der Mutter, die inzwischen geheiratet hatte. Von dem Stiefvater wurde er angeblich viel geschlagen und schlecht behandelt, lief daher mehrfach von Hause fort. Das Lernen fiel ihm schwer, begriff schlecht, war „schwach im Kopfe" und schwänzte viel. Mit 11 1/4 Jahr kam er in Fürsorgeerziehung. In dem Beschluß des Amtsgerichts wird erwähnt, daß K. dem Pflegevater Geld unterschlagen, ein Vagabundenleben geführt, gestohlen, Schule und Konfirmationsunterricht fast gar nicht besucht habe, und daß die Eltern und der Vormund außerstande seien, den K. zu „bändigen". Bei der Aufnahme waren seine Schulkenntnisse ungenügend. Über sein Verhalten in der Anstalt finden sich Bemerkungen wie: „frech, dreistes, vorlautes Wesen, sehr hitzig und leichtfertig, in seinen Angaben leichtsinnig". Er wird ferner als „ziemlich beschränkt" bezeichnet. Mehrfach entwich er, befreite dabei auch gelegentlich andere Zöglinge. Zu einem Bauern als Knecht gebracht, beging er Einbruchdiebstähle, Messerstechereien, beteiligte sich an Schlägereien, warf Fensterscheiben ein usw. Vom 17. bis 20. Lebensjahre (1905 bis 1908) wurde er viermal mit Gefängnis bestraft, zweimal wegen Sachbeschädigung, je einmal wegen Körperverletzung und schweren Diebstahls. Oktober 1909 Diensteintritt. Während seiner 11 monatigen Dienstzeit ist er 8mal mit Arrest, 6mal mit kleineren Disziplinarstrafen — meist wegen Ungehorsams, Schmutzigkeit, Frechheit usw. — bestraft worden, sowie einmal wegen Achtungsverletzung und Ungehorsam mit Gefängnis. Seine Führung war schlecht; K. war sowohl im praktischen als im theoretischen Dienst schwerfällig, langsam. Er selbst behauptet, in dem Dienstunterricht „nichts begriffen zu haben". Auch bei ihm war der Grund in einem angeborenen Schwachsinn beträchtlichen Grades zu suchen.

In körperlicher Hinsicht zeigte er gleichfalls einen asymmetrischen Schädel (Horizontalumfang 57,5 cm), schiefgestellte Nase, schiefen Mund, steilen Gaumen, verbildete Ohrmuscheln mit *Darwin*schem Höcker.

Das Nervensystem zeigte mehrere Abweichungen von der Norm, nämlich: linke Lidspalte enger als die rechte, fibrilläres Zittern der Zunge, gesteigerte Patellar-Refl., rechts stärker als links, rechts sogar leichter Klonus der Patella, Zittern der Finger, Dermographie, leichte Hyperästhesie der gesamten linken Körperhälfte. Bei Berührungen mit der Nadelspitze oft starkes, psychisches Zusammenschrecken. Linke Warze und linker Ovarialpunkt leicht druckempfindlich, aber es gelingt selbst durch Suggestion nicht, psychogene Zustände hervorzurufen.

4. T. (Skizze 3, s. S. 233), 22 Jahre alt, ehelich geboren. Der Vater ist an Lungenschwindsucht gestorben, war starker Säufer. Bereits zu seinen Lebzeiten wohnte die Mutter mit einem andern Manne zusammen, der gleichfalls Alkoholiker war. Beide zogen hausierend im Lande umher, wobei der Sohn Zeuge des intimsten Geschlechtslebens beider wurde. Die Mutter soll selbst an Fallsucht leiden. Über erbliche Belastung ist sonst nichts zu ermitteln. Die Schule besuchte T. infolge des vagabondierenden Lebens der Eltern fast gar nicht. Im Alter von 14 Jahren wurde er wegen Diebstahls und Bettelei einer Erziehungsanstalt überwiesen, war bei der Aufnahme Analphabet, zeigte sich in den folgenden Jahren „schwach begabt", galt als „geistig nicht normal" und vermochte „sein Verhalten nach bestehenden Grundsätzen, z. B. Hausordnung, schlecht einzurichten". Der Versuch, ihn bei einem Landwirt unterzubringen, scheiterte; er verließ den Dienst ohne jeglichen Grund, arbeitete vorübergehend unter fremdem Namen in einer Fabrik, war aber im Hauptberuf „Zuhälter". Wie aus seinen Erzählungen hervorgeht, hat er sich bei dieser Tätigkeit außerordentlich wohl gefühlt; eine besondere Zuneigung zu den ihn unterhaltenden Mädchen hat er nicht besessen. Von 1908 bis 1909 — in seinem 20. bis 21. Lebensjahre — ist er 8mal mit Haft und Gefängnis bestraft worden, wegen Bettelei, Diebstahls, Widerstands, Betrugs. Im August 1909 wurde T. als unsicherer Heerespflichtiger eingestellt. Wie aus der Skizze hervorgeht, ist seine Dienstzeit ein fast ständiger Verstoß gegen die Strafgesetze; von August 1909 bis März 1910 ist er 11mal mit Arrest und Gefängnis bestraft worden, wegen Schmutzigkeit, Beleidigung eines Schutzmanns, hauptsächlich aber wegen leichterer und schwerer Verstöße gegen die Disziplin. Nach dem Berichte des Kompagniechefs zeigte er sich von Anfang an als „völlig verwahrlost und von denkbar minderwertiger Gesinnung". „Die Strafen fruchteten bei ihm absolut nicht, schienen überhaupt nicht den geringsten Eindruck auf ihn zu machen." Im April 1910 zur Arbeiterabteilung versetzt, wurde er hier in 2 Monaten 6 mal mit strengem Arrest — gleichfalls wegen Verstößen gegen die militärische Unterordnung — bestraft, ließ sich eine Gehorsamsverweigerung, Achtungsverletzung zuschulden kommen und versuchte aus der Arrestzelle auszubrechen, wofür er eine Gefängnisstrafe erhielt. Er war bereits bei der Truppe auf seine strafrechtliche Verantwortlichkeit hin ärztlich untersucht worden; der Truppenarzt bejahte diese Frage, betonte jedoch, daß T. infolge seiner verwahrlosten Erziehung (mehrere Jahre in Erziehungsanstalt!!) auf einer sehr niedrigen Stufe der Ethik stände und geistesschwach sei. Ich wurde auf den Mann durch sein Strafregister aufmerksam und stellte bei ihm einen angeborenen Schwachsinn beträchtlichen Grades fest. T. vermochte bei der Intelligenzprüfung einfache Fragen zum Teil leidlich zu beantworten, soweit es sich um rein gedächtnismäßig niedergelegtes Wissen handelte; er war jedoch z. B. außerstande, 6 stellige Zahlen richtig nachzusprechen, und zeigte auf dem



Gebiete der Kombination, der logischen Schlußfolgerung, der Urteilsfähigkeit recht grobe Defekte. Ethisch war er ein tiefstehender Mensch, ohne das geringste Gefühl von Anhänglichkeit und Dankbarkeit.

T. hatte einen Langschädel von 59 cm Umfang; der Schädel war unsymmetrisch und zeigte typische Wasserkopfbildung; der Gesichtsschädel war sehr massig und grob, Ohrläppchen fehlten fast ganz, während der obere Teil der Ohrmuscheln sehr stark ausgebildet war. Der Körper war stark behaart, es fand sich Plattfußanlage sowie seitens des Nervensystems deutliche Dermographie und allgemeine leichte Hypalgesie.

T. wurde als dienstunbrauchbar entlassen.

5. Ma., 22 Jahre alt, ehelich geboren. Der Vater Säufer, arbeitscheu, kümmerte sich nicht um die Familie und ist gestorben. Die Mutter leidet an Schwindelanfällen und „weiß öfters gar nicht, wo sie ist". Ein Bruder säuft, ist arbeitscheu und wegen seiner Gewalttätigkeit zu längerer Gefängnisstrafe verurteilt. Ein anderer Bruder ist sehr „dumm". In der Schule hat er sehr schwer gelernt; besonders das Rechnen fiel ihm schwer. Mit 10 Jahren wurde er durch Amtsgerichtsbeschluß der Fürsorgeanstalt überwiesen wegen Diebstahls, Schulschwänzens und Vagabundage. Den Eltern gelang es, diesen Beschluß rückgängig zu machen. Jedoch mit 11 Jahren wurde Ma. wieder der Fürsorgeerziehung überwiesen, und zwar wegen mehrfacher Beischlafsversuche an minderjährigen Mädchen. Über sein Verhalten in der Anstalt urteilt der Direktor wörtlich: „Ma. ist nach unserem Dafürhalten geistig sehr beschränkt, wenn nicht direkt als dumm zu bezeichnen. Er hat in unserer dreiklassigen Anstaltschule die Oberstufe nicht erreicht, obgleich er erst mit 15 Jahren eingesegnet worden ist, sondern wurde aus der 2. Klasse entlassen. Bei der Arbeit zeigte er sich zwar willig, aber wenig anstellig." Der Versuch, ihn das Schmiedehandwerk erlernen zu lassen, scheiterte. M. lief mehrfach aus der Lehre fort, stahl, log viel, war verstockt und unlustig zur Arbeit. Der Lehrmeister erwähnt die „große Dummheit" des Ma. „Er kennt keine Gewichte, keinen Zollstock, kann nicht lesen, hat auch keine Lust, es noch zu lernen." In die Anstalt zurückgebracht, entwich er aus dieser und arbeitete — häufig wechselnd — als Knecht bei verschiedenen Bauern. Vor dem Diensteintritt ist er nur einmal wegen groben Unfugs mit einem Tage Haft bestraft. Oktober 1909 eingestellt, fiel er bald bei der Truppe in verschiedener Hinsicht auf. Der Kompagniechef erwähnt in seinem Bericht folgendes: „Ma. gehört nach geistiger und körperlicher Veranlagung zu den schlechtesten Elementen, die zur Einstellung gelangen." Er erwähnt ferner, daß es nur durch äußerste Strenge gelang, „Ma. geistig und körperlich etwas zu fördern". In dem Bericht wird weiterhin hervorgehoben der vollkommene Mangel an Erziehung (längere Jahre in Erziehungsanstalt!!) und Ehrenhaftigkeit, ferner die Unwahrhaftigkeit und der hochgradige passive Widerstand, den Ma. jeder erzieherischen Beeinflussung entgegengesetzt hätte. Am Schluß des Berichtes wird nochmals



ausdrücklich „die außerordentliche Dummheit und Trägheit" des Ma. hervorgehoben.

Ma. überschritt 7 Monate nach dem Diensteintritt den Urlaub um mehrere Stunden, angeblich unter dem Einfluß von Alkohol. 8 Monate nach dem Diensteintritt lief er von der Truppe davon, nach Ansicht des Hauptmanns ohne Grund, „nur aus Haltlosigkeit", wurde ergriffen und mit Gefängnis bestraft.

Auch bei Ma. vermochte ich einen angeborenen Schwachsinn recht beträchtlichen Grades festzustellen. Dieser war allein schon durch den törichten Gesichtsausdruck des Mannes, sein ganzes außerordentlich schwerfälliges Wesen, das stark beeinträchtigte Auffassungsvermögen, den beträchtlich verlangsamten Gedankenablauf kenntlich. Jegliche Prüfung war recht schwierig, da Ma. nur sehr schwer die gestellten Aufgaben begriff. Seine eigene Angabe über den Dienstunterricht: „Ich habe nicht viel geantwortet da" erschien mir völlig glaubhaft. Als stichhaltigen Grund für seine Fahnenflucht vermochte er nur diesen anzugeben, daß ihm das ganze militärische Leben außerordentlich schwer fiel und er weder im praktischen noch theoretischen Dienste mit den Kameraden gleichen Schritt zu halten vermochte.

Ma. war ein ausgesprochener Mikrozephale von 52,25 cm horizontalem Schädelumfang. Der Kopf war völlig unsymmetrisch, die linke Schädelhälfte auffallend stärker ausgebildet als die rechte. Die linke Lidspalte war enger als rechts, die Nase zeigte in ihrem Längsverlauf eine doppelte Krümmung, der Gaumen war steil, kahnförmig, die Ohrläppchen waren angewachsen, beide Ohrmuscheln zeigten den *Darwin*schen Höcker; überdies bestand links Auswärtsschielen.

Seitens des Nervensystems fanden sich Abweichen der Zunge nach rechts und Zittern derselben, allgemein gesteigerte Reflexe, besonders auch der Patellarreflexe; ferner Dermographie, Zittern der gespreizt vorgestreckten Finger.

Auch bei Ma. wurde das Dienstunbrauchbarkeitsverfahren eingeleitet.

Ich habe die vorstehenden Fälle absichtlich in solcher Ausführlichkeit geschildert, obwohl ich mir durchaus bewußt bin, daß eigentlich kein einziger vom psychiatrischen Standpunkt etwas Besonderes darbietet. Sämtliche Lebensgeschichten erscheinen aber — vom militärischen Standpunkt — gerade durch ihre Übereinstimmung typisch. Bei allen waren wir in der glücklichen Lage, aus den Personalakten der Fürsorgeanstalten authentische Angaben über die Kindheit und Entwicklung zu erhalten und somit zu erkennen, wie sich der unzweifelhaft vorliegende Schwachsinn bis in die frühe Jugend zurückverfolgen läßt. Alle Personen zeigen bereits in der Kindheit auffällige Zeichen.



schwänzen die Schule, führen ein Vagabundenleben, begehen Diebstähle usw., Taten, die bereits über den Rahmen der Dummenjungenstreiche hinausgehen und eine frühzeitig beginnende Neigung zu antisozialem Verhalten dokumentieren. In der Schule leisten sie Ungenügendes, begreifen schwer, vermögen mit den übrigen Schülern nicht gleichen Schritt zu halten und versuchen, sich dem lästigen Zwange der Schule zu entziehen. Eine wesentliche erzieherische Beeinflussung durch die Fürsorgeanstalt gelingt nicht; wie die Leiter der Anstalten völlig richtig erkannt haben, zumeist aus Mangel an hinreichenden intellektuellen Fähigkeiten der Zöglinge. Bei den erethischen Imbezillen zeigt sich offenkundige Auflehnung, Frechheit, bei den torpiden mehr der passive Widerstand, die allgemeine Trottligkeit. In einem Berufe scheitern sie völlig, sobald irgendwie nennenswerte geistige Leistungen von ihnen verlangt werden. Infolgedessen erwählen sie einfache Berufe, die nur körperliche Arbeit erfordern, werden z. B. Knecht, Arbeiter in Fabriken usw. Bis zu diesem Zeitpunkt sind viele, selbst hochgradig Schwachsinnige, durch das Leben gekommen, ohne ihrer Umgebung nennenswert aufgefallen zu sein, und es erwachsen uns bei unseren Nachforschungen Schwierigkeiten, die ich an anderer Stelle eingehender kritisch gewürdigt habe [1]). Mit dem Diensteintritt beim Militär naht eine Zeit, die weit höhere geistige Anforderungen stellt; gerade bei den vorhergehend geschilderten Fällen tritt die Unfähigkeit der Anpassung, der Unterordnung in fest gefügte, geordnete Verhältnisse deutlich zutage. Anfangs, sobald die dienstlichen Anforderungen noch gering sind und größere Rücksicht waltet, ist der einzelne noch imstande, längere Zeit äußerlich anscheinend unauffällig zu bleiben; ich erinnere an die mehrmonatige straffreie Führung des W. (s. Skizze 1, S. 231). Die Beurteilung seitens der Truppe in überaus zahlreichen Fällen hat mir gezeigt, daß eine Abweichung von der Norm häufig durchaus richtig erkannt wird. Die Leute werden zumeist als minderwertig bezeichnet und Charaktereigenschaften angeführt als Verkommenheit, Faulheit, Neigung zu Lug und Betrug, Mangel an Ehrenhaftigkeit, Selbstzucht, Streben usw. Überaus häufig wird aber die Ursache aller dieser Eigenschaften nicht richtig erkannt. Wie u. a. aus zwei der vorhergehend geschilderten Fälle hervorgeht,

[1]) *Weyert*, Kritische Bemerkungen zur Erkennung des angeborenen Schwachsinns. D. militärärztl. Ztschr. 1911, Heft 20.



wird die verwahrloste Erziehung als Ursache beschuldigt; berücksichtigt man, daß die beiden derart beurteilten Individuen längere Jahre in Fürsorgeanstalten sich befanden, so kann meines Erachtens nicht gut von verwahrloster Erziehung die Rede sein. Gerade die Fürsorgezöglinge befinden sich bis zu ihrer Großjährigkeit noch weiterhin unter der Aufsicht der Anstalt; es wird mithin bei ihnen noch in einem Alter ein erzieherischer Einfluß ausgeübt, in dem sich zahlreiche junge Leute von dem Einfluß des Elternhauses bereits recht beträchtlich losgelöst haben.

Es herrscht in unserem Leben eine unverkennbare Neigung, gerade auf psychischem Gebiete modifizierende Ausdrücke zu gebrauchen. So wird erfahrunggemäß von Eltern die Dummheit ihrer Kinder entschuldigt mit Schwerfälligkeit, Langsamkeit, schwererer Auffassungsgabe usw.

Ähnlich habe ich es auch nicht so ganz selten in Berichten gefunden. Am deutlichsten kommt dieses in einem Bericht zum Ausdruck, in dem es heißt: „Seine Leistungen waren sonst im praktischen wie im theoretischen Dienst nicht genügend. Wenn sein Auffassungsvermögen auch gering war, so ist er doch niemals durch geistige Beschränktheit aufgefallen.“ Ich glaube, es ist in diesem Falle naheliegend, die unzulänglichen geistigen Leistungen in einem angeborenen Schwachsinn zu suchen, der nach meiner Untersuchung auch vorlag. Ich gebe ohne weiteres zu, daß die Erkennung des Schwachsinns durchaus nicht immer leicht ist. Es wird immer dem „Wissen“ als solchem ein zu großes Gewicht beigemessen nnd kein Unterschied gemacht zwischen dem rein gedächtnismäßig aufgespeicherten Schulwissen einerseits und dem Erfahrungswissen, der logischen Urteils- und Kombinationsfähigkeit andererseits. Diese Defekte werden in den Fällen von hochgradigem stärkerem Schwachsinn meist doch wohl erkannt werden, besonders wenn zu dem Schwachsinn noch gröbere ethische Mängel sich hinzugesellen. Wesentlich schwieriger liegen allerdings die Verhältnisse bei den leichteren Schwachsinnsformen, der Debilität. Unter meinem Material fanden sich noch 8 derartige Fälle, von denen ich zwei hervorheben möchte. Der erstere steht auf der Grenze zu der bereits geschilderten höheren Schwachsinnsform, der zweite ist eine einfache Debilität.

E. (Skizze Nr. 4, s. S. 234), 26 Jahre alt, ehelich geboren, Mutter „in geschlechtlicher Beziehung bescholten“, sonst über erbliche Belastung nichts



zu ermitteln, ebensowenig über Kinderkrankheiten. Mit 8 Jahren wurde er durch Gerichtsbeschluß der Zwangserziehung überwiesen, da er auf Anstiften der Mutter häufig gebettelt und mehrere Gelegenheitsdiebstähle begangen hatte. Vom 9. bis 15. Lebensjahre befand er sich in einer Erziehungsanstalt, aus der er schließlich entlief. Leider fehlen Angaben über sein Verhalten. In der Folgezeit arbeitete er zeitweilig als Knecht, größtenteils aber fuhr er als Schiffsknecht auf Binnengewässern. Vom 18. bis 19. Lebensjahre (1901 bis 1902) wurde er viermal mit Gefängnis bestraft, dreimal wegen Diebstahls, einmal wegen Hausfriedensbruchs, und kam im 20. Lebensjahre durch Beschluß des Landeshauptmanns wiederum in Zwangserziehung (Dezember 1903 bis Oktober 1904). Die ersten Monate führte er sich gut, war willig, zeigte sich für gute Einflüsse recht empfänglich, ließ dann aber in seiner Führung nach, versuchte zu entfliehen und wurde aus der Erziehungsanstalt heraus beim Militär eingestellt. Hier führte er sich gut, behauptet jedoch selbst, es sei ihm sehr schwer gefallen, da er sich „in die ganze Sache nicht hineinfinden" konnte. Nach 4 Monaten (Februar 1905) lief er davon; ein Grund lag nicht vor, auch im Urteil heißt es, daß er sich über die Absicht, in der er weggegangen war, im unklaren befand. Nach wenigen Tagen ergriffen, wurde er zu 2 Jahren Gefängnis verurteilt, und zwar einerseits wegen der Flucht, anderseits wegen vor der Einstellung begangener widernatürlicher Unzucht mit einer Stute. Im Februar 1907 zur Truppe zurückgekehrt, wurde er bereits im Juni wiederum fahnenflüchtig, und zwar nahm er auf die Flucht allein ein Kochgeschirr und eine Bibel mit. Unterwegs beging er Gelegenheits- und Einbruchdiebstähle, wurde ergriffen und zu 3 Jahren 3 Monaten Gefängnis verurteilt. Einen stichhaltigen Grund für die erste und zweite Fahnenflucht vermochte E. nicht anzugeben und brachte unter etwas törichtem Lächeln Gründe vor, die den Eindruck von nachträglichen Entschuldigungen machten; so sagte er, der Dienst sei ihm schwer geworden, die Truppe hätte viel Dienst gehabt, die Vorgesetzten seien streng gewesen usw. Er meinte selbst, es sei das beste, er käme auf eine Arbeiterabteilung, damit er nicht mehr „Dummheiten" mache und er mit seiner Dienstzeit endlich fertig werde. Im Festungsgefängnis führte er sich regelmäßig bis auf kleinere Übertretungen straffrei; die Vorgesetzten hatten den Eindruck, „als ob er sich im Gefängnis sehr wohl fühle". Im Unterricht war er beschränkt, zeitweilig „döste" er, und es war weniger mit ihm anzufangen als sonst.

Die mehrfach vorgenommenen Intelligenzprüfungen ergaben gleichfalls einen Schwachsinn geringen Grades, der besonders bei Aufgaben von logischer Schlußfolgerung und kombinatorischen Leistungen zutage trat. E. zeigte einen stupiden Gesichtsausdruck und machte einen hochgradig schwerfälligen Eindruck; er bedurfte des ständigen Antreibens, um zu ernstlichem Nachdenken veranlaßt zu werden. Zum Teil mag hierbei sein notorisch überaus mangelhaftes Gedächtnis schuld gewesen sein.



Ethisch erschien er recht stumpf; Freunde hatte er nie im Leben gehabt, über seine Straftaten machte er sich nie Gedanken, empfand auch keine Reue. Wohl hatte er früher eine Braut, die er auch heiraten wollte. Nach der ganzen Schilderung jedoch ging alles von der „Braut" aus, einem älteren Mädchen, das anscheinend gern noch heiraten wollte. An Eltern, Angehörige, Braut, Kameraden schrieb er weder, noch bezeigte er für diese irgendwelches Interesse. Über seine Zukunft machte er sich nicht die geringsten Sorgen; er sagt fatalistisch: „Das muß man eben nehmen, wie es kommt".

Der Schädel war unsymmetrisch, mesozephal, von 55 cm horizontalem Umfang. Die Nase war breit und schief, die linke Augenbraue und der linke obere Augenhöhlenrand standen höher als rechts. Es bestand Andeutung von Glatze. Die Ohrmuscheln im oberen Teile waren verbildet, zeigten den *Darwin*schen Höcker; die Ohrläppchen waren angewachsen. Seitens des Nervensystems fanden sich leicht gesteigerte Patellarreflexe, Zittern der Zunge und Dermographie.

Be. (Skizze Nr. 5, s. S. 235), 23 Jahre alt, ehelich geboren. Über erbliche Belastung ist nichts festzustellen. Ohne in der Kindheit wesentlich krank gewesen zu sein, lernte er in der Schule nicht besonders, begriff schwer und schwänzte viel. Im 15. Lebensjahre wegen Unterschlagung mit 3 Wochen Gefängnis bestraft, kam er im Anschluß an die Strafe in Fürsorgeerziehung. Bereits nach einem halben Monat entwich er, da ihm das Leben in der Anstalt nicht gefiel. In der Folgezeit, nämlich von Juli 1902 bis Januar 1906, befand er sich noch 7 mal in verschiedenen Erziehungsanstalten, entwich jedoch aus diesen regelmäßig nach kürzerer oder längerer Zeit (s. Skizze). Er wandte sich meist nach dem Auslande, besonders Schweden, Norwegen, Dänemark, Holland, wurde aus diesen Ländern häufig ausgewiesen, in Deutschland ergriffen und regelmäßig wieder der Fürsorgeerziehung überwiesen. Einmal beging er einen ernstgemeinten Selbstmordversuch durch Erhängen gelegentlich einer Ergreifung. Am 30. September 1907 wurde er bei einer Festnahme als unsicherer Heerespflichtiger eingestellt. Knapp ein halbes Jahr nach dem Diensteintritt wurde er fahnenflüchtig. Er selbst gibt an, einen Einkauf in der Stadt gemacht zu haben und davongelaufen zu sein, ohne daß er einen Grund für diese Tat anzugeben vermöge. Ergriffen, versuchte er auf dem Transport zu entspringen, kam in Untersuchungshaft und wurde zu einem Jahr Gefängnis verurteilt. Nach Abbüßung der Strafe zum Truppenteil zurückgekehrt, wurde er nach 4 Monaten erneut fahnenflüchtig; nach wenigen Tagen wurde er bei einem Diebstahl abgefaßt und kam wiederum ins Festungsgefängnis. Auch für diese Flucht vermag B. keinen Grund anzugeben. Die Folgen der Flucht will sich B. nie überlegt haben, „habe auf einmal so den Gedanken gekriegt, und da bin ich einfach losgegangen". Er gibt an, es beim Militär in jeder Hinsicht gut gehabt zu haben, seine Führung wird als durchaus befriedigend bezeichnet. Er war in der besten Turnklasse, im Dienst ein strammer

Soldat; im theoretischen Unterricht fiel ihm das Lernen schwer, und er vermochte nur unvollkommen zu folgen.

Bei ihm bestand ein Schwachsinn geringen Grades, der sich bei der Intelligenzprüfung durch ein geringes Auffassungsvermögen und eine Herabsetzung der höheren geistigen Leistungen, z. B. der logischen Schlußfolgerung, geltend machte. Nach meiner Auffassung prägt er sich weit deutlicher in der ganzen bisherigen Lebensführung des B. aus. Ethische Defekte vermochte ich bei B. nicht zu ermitteln. Er hängt mit Liebe an seinen Angehörigen, schreibt regelmäßig an seine Eltern und ist freundlichem Zuspruch des Anstaltgeistlichen in jeder Weise zugänglich.

In körperlicher Hinsicht zeigt er eine niedrige Stirn, leichte Asymmetrie des Schädels (Langschädel, 56 cm Horizontalumfang) und beiderseitiges Schielen. Das Nervensystem zeigt Dermographie, Beben der Zunge und der gespreizt vorgestreckten Finger.

Die übrigen 6 Fälle dieser Gruppe nähern sich sämtlich mehr dem zuletzt geschilderten Lebenslaufe; alle sind dadurch charakterisiert, daß die betreffenden Individuen bereits im bürgerlichen Leben mehr oder weniger sozial gescheitert waren und es auch nicht während ihrer aktiven Dienstzeit verstanden, Kollisionen mit den militärischen Gesetzen zu vermeiden.

Fasse ich alle Fälle zusammen, die der Rubrik „Imbezillität“ unterzuordnen sind, so erhalte ich 14, also annähernd die Hälfte meines Gesamtmaterials (genau 44,8 %). Es ist dieses ein recht beträchtlicher Prozentsatz, welcher nach meiner Ansicht beweist, daß die Zahl der Imbezillen jeglichen Grades in den militärischen Strafanstalten im allgemeinen eher unter- als überschätzt wird.

Auf das klinische Symptomenbild einzugehen, beabsichtige ich nicht. Jedoch seien mit einigen Worten die körperlichen Erscheinungen dieser 14 Leute zusammengestellt.

Mikrozephal waren 2 (horizontale Schädelumfänge von 52 und 52,25 cm); typisch hydrozephale Schädelbildung zeigte nur ein Mann (T.). Auffallend ist es, daß 4 weitere einen horizontalen Schädelumfang von 58 bis 58,5 cm besaßen, allerdings ohne äußerlich erkennbare Veränderungen des Wasserkopfes. Bei einem wirkte der Schädel ausgesprochen keilförmig. 2 Leute besaßen eine auffallend niedrige Stirn. Asymmetrien des Schädels waren bei 11 vorhanden, insofern, als eine Schädelhälfte sich stärker entwickelt zeigte, als die andere. Von Asymmetrien des Gesichtes fand ich vorzugweise eine schiefe Stellung der Nase, nämlich 8 mal.

Gröbere Degenerationszeichen, als Mißbildung der Geschlechtsorgane usw. fanden sich gar nicht; es hat dieses seine leicht erklärliche



Ursache in der Tatsache, daß derartige Leute wohl nur in Ausnahmefällen zur Einstellung gelangen.

Erwähnt sei, daß 3 Leute schielten (unter diesen beide Mikrozephalen). Mißbildungen der Zähne fand ich nur einmal, steile, kahnförmige Gaumen 4 mal. Bei 2 Leuten war die linke Lidspalte enger als die rechte.

Von Bedeutung sind ferner die Veränderungen des Zentralnervensystems. Auch hier müssen wir uns — aus bereits dargelegten Gründen — vor Augen halten, daß gröbere Veränderungen nicht zu erwarten waren, da eben derartige Leute für den Heeresdienst nicht tauglich sind.

Immerhin bestanden doch bei 6 von den 14 Leuten Symptome, die auf eine erhöhte Reizbarkeit hinwiesen. Kurz zusammengefaßt seien diese Erscheinungen dahin:

Es fanden sich

Zittern der vorgestreckten Zunge	bei 5,
gesteigerte Patellarreflexe	bei 4,
Romberg (angedeutet)	bei 1,
Dermographie	bei 6,
Zittern der gespreizt vorgestreckten Finger	bei 4,
Hyperästhesie	bei 1.

Bei einem der 6 fand sich auch leichte Druckempfindlichkeit der Brustwarzen und der linken sogenannten Eierstocksgegend, jedoch gelang es weder bei länger ausgeübtem Druck, irgendwelche Anfälle auszulösen, noch bot der Mann sonst irgendwelche Erscheinungen von Hysterie dar.

Vereinzelte Reizsymptome, als erhöhte vasomotorische Erregbarkeit und leichte Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit waren auch bei den übrigen Soldaten gelegentlich nachweisbar. Veränderungen der Pupillen in Form und Reaktion vermochte ich bei meinem Material in keinem Falle festzustellen.

Die nächste Gruppe meines Materials wird gebildet von den Degenerierten, den Psychopathen aller Arten. Zu ihr gehören 10 von meinen Soldaten. Es ist nicht Zweck meiner Arbeit, über die verschiedenen Formen der psychopathischen Konstitutionen einen erschöpfenden Überblick zu geben. Das verhindert ja bereits die Kleinheit meines Materials. Ebensowenig möchte ich versuchen, mein Material in die verschiedenartigen, oft so sehr von einander abweichenden Unterabteilungen einzureihen, in welche die psychiatrischen Lehrbücher und Abhandlungen die Degenerierten



einteilen. Mein Material ist — wie erwähnt — viel zu klein, als daß ich mir ein Urteil über den Vorzug dieser oder jener Einteilung erlauben dürfte. Allerdings muß ich — der besseren Übersicht halber — mein Material in einige Untergruppen zusammenfassen:

1. die erblich-degenerativen psychopathischen Konstitutionen (nach *Ziehen*),
2. die Haltlosen,
3. die Degenerierten mit epileptoiden Anfällen.

Zu der ersten Gruppe gehören 2 von meinen Soldaten. Ich möchte den Lebenslauf des einen hier folgen lassen.

H. (Skizze 6, s. S. 236), 24 Jahre alt, ehelich geboren. Der Vater war mäßiger Schnapstrinker und ist an Schwindsucht gestorben. Die Mutter war eine leicht erregbare Natur und starb an Herzschlag. Zwei Brüder der Mutter sind starke Säufer und mehrfach mit Zuchthaus bestraft. Kinderkrankheiten hat H. nicht durchgemacht; er schwänzte viel die Schule, angeblich weil ihm das Lernen schwer fiel. Um der drohenden Fürsorgeerziehung zu entgehen, trieb er sich im 16. Lebensjahre wochenlang umher und beging mehrfach Diebstähle. Vom 15. bis 19. Lebensjahre ist er 6 mal mit Gefängnis wegen Diebstahls bestraft, war u. a. 1 Jahr 7 Monate hintereinander im Gefängnis. Im 19. Lebensjahre wurde er aus dem Gefängnis heraus einer Erziehungsanstalt überwiesen, aus der er jedoch bald entwich. In den folgenden Lebensjahren befand er sich noch einmal mehrere Monate in einer Fürsorgeanstalt. Er galt — nach den Berichten der Direktoren — als ein „überaus roher und frecher Bursche, der sich der Ordnung des Hauses nicht fügen wollte und auf keine Weise erzieherisch auf sich einwirken ließ". Er war finster und verschlossen, launenhaft, neigte zu Streitigkeiten mit andern Zöglingen und wurde leicht gewalttätig. Von seinem 19. bis 25. Lebensjahre — bis zu seiner Diensteinstellung — wurde er noch 8 mal mit Gefängnis bestraft wegen schweren Diebstahls, Körperverletzung, Hausfriedensbruchs usw. Er befand sich — wie aus der Skizze hervorgeht — mehr im Gefängnis als in der Freiheit. H. gab ohne weiteres zu, weit mehr Straftaten begangen zu haben, als zur Kenntnis der Gerichte gekommen seien.

Im Jahre 1910 als unsicherer Heerespflichtiger eingestellt, bildete H. nach dem Berichte des Kompagniechefs vom Tage seiner Einstellung an „eine ständige Gefahr für die Disziplin in der Kompagnie". Bereits nach einem Monat mußte H. mit strengem Arrest bestraft werden, weil er drohte, einem Unteroffizier den Schädel einzuschlagen, als dieser ihm seine Vorstrafen vorhielt. Er wurde ferner wegen Achtungsverletzung in mehreren Fällen, verbunden mit Bedrohung, zu mehreren Monaten Gefängnis verurteilt. Im Festungsgefängnis führte er sich straffrei, wurde nach der Strafverbüßung in eine Arbeiterabteilung versetzt, wo er gleich-



falls mit strengem Arrest bestraft werden mußte. Auch hier bedrohte er wieder einen Vorgesetzten, als dieser ihn auf dem Wege zur ärztlichen Untersuchung zu etwas größerer Eile antrieb. Über das weitere Schicksal ist mir nur soviel bekannt, daß er durch Gerichtsbeschluß auf seinen Geisteszustand untersucht und für strafrechtlich verantwortlich erklärt wurde.

H. zeigte sich als ein Mensch von recht guten intellektuellen Fähigkeiten, bei dem durchaus keinerlei Zeichen von Schwachsinn vorlagen. Er besaß jedoch einen seltenen ethischen Tiefstand. In all seinen Reden prägte sich ein unglaublicher Zynismus aus. So erzählte er ohne die allergeringste Gemütsbewegung mit offenkundiger Freude und Vorliebe in den gemeinsten Ausdrücken, wie er seine Mutter öffentlich als Hure beschimpft und mißhandelt hätte, verdächtigte die Ordensbrüder seiner Erziehungsanstalt des geschlechtlichen Umgangs mit Nonnen und erzählte mit einer gewissen verbissenen Wut, wie er beabsichtige, diesem oder jenem später noch einen gehörigen Denkzettel zu verabfolgen. Bei allen Handlungen seiner Mitmenschen suchte er nur schlechte Motive; für höhere ethische Vorstellungen zeigte er sich völlig verständnislos, allerdings tauchte in seinen Reden zuweilen eine Bemerkung auf, die zeigte, daß ein gewisses Gefühl von Anstand und Empfänglichkeit sich doch bei ihm fand, so daß ich den Eindruck gewann, es wäre früher — allerdings mit unendlicher Geduld und Nachsicht für sein reizbares, jähzorniges, aufbrausendes Wesen — vielleicht (?) doch möglich gewesen, ihn günstig zu beeinflussen, während er sich jetzt zu einer typischen Verbrechernatur entwickelt hatte. Charakteristisch war, daß er nie einen Freund, auch nie eine Braut besessen hatte. Geschlechtlichen Umgang hatte er viel mit Prostituierten gehabt, indem er diese, sobald sie ihm nicht zu Willen waren, bedrohte und mißhandelte („dann schlug ich ihr ein paar in die Fresse"). Dem Alkohol gegenüber war er haltlos; bei Gelegenheit, in Gesellschaft von Kameraden, besoff er sich sinnlos und stiermäßig, um seine Ausdrucksweise zu gebrauchen. Im Rausch steigerte sich dann noch seine Reizbarkeit und Neigung zu Gewalttaten.

In körperlicher Beziehung zeigte er bei 58 cm horizontalem Schädelumfang eine leichte Asymmetrie des Schädels, verbildete Ohren, angewachsene Ohrläppchen, den *Darwin*schen Höcker am rechten Ohr sowie einen etwas hohen Gaumen. Das Nervensystem zeigte keine wesentlichen Veränderungen.

Den zweiten Fall ausführlich zu schildern, kann ich mir ersparen. Er war ein erblich belasteter Mensch, der wegen seiner Neigung zum Vagabundieren und unbeständigen, arbeitscheuen Lebenswandels im 17. Lebensjahre in Fürsorgeerziehung kam, in der Anstalt selbst durch sein verstocktes Wesen und seinen finsteren Blick auffiel, mehrfach Fluchtversuche machte, in der Folgezeit ständig den Dienstherren entwich und bis zu seinem Diensteintritt in Deutschland umhervagabundierte. Abgesehen von einer Gefängnisstrafe wegen Diebstahl hatte er nur Haft-



strafen im Zivilleben erhalten — stets wegen Obdachlosigkeit, Bettelei. Beim Militär als Unsicherer eingestellt, entlief er nach 7 Monaten („wir hatten einen getrunken, der andere wollte nach Berlin, da bin ich mitgegangen; unterwegs kam uns der Gedanke, davonzulaufen"). Als Grund für sein unstätes Leben gab er wörtlich an: „Ich kann nicht anders; wenn ich die schönste Arbeit habe und sehe einen Handwerksburschen laufen, dann schmeiße ich alles hin und gehe mit". Er war ein reizbarer, leicht empfindlicher, verschlossener Mensch, ein verbitterter, finsterer Charakter ohne Freund und Sinn für kameradschaftliches, geselliges Leben, dem ich es durchaus zutraute, kaltblütig schwere Verbrechen zu begehen, der meiner Ansicht nach nicht bloß renommierte, wenn er sagte: „Mit dem Ausgang rechne ich nicht", d. h. der Ausgang ist mir gleichgültig. Er besaß ein stark entwickeltes Interesse für Geschichte — besonders die deutsche Geschichte —, hatte nicht nur viel und mit Verständnis gelesen, sondern auch auf seinen Wanderschaften alle erreichbaren denkwürdigen und berühmten Stätten, Denkmäler usw. aufgesucht, wie ich feststellen konnte. Ich habe mich viel mit ihm beschäftigt, da er der mißtrauischste und verschlossenste meiner Gefängnisinsassen war und hinter meinen Unterhaltungen lange Zeit irgendeine Falle witterte, denn „für einen Lumpen interessiert man sich doch nicht". Neurologisch bot er zahlreiche Reizerscheinungen des Nervensystems dar.

Die beiden im vorhergehenden geschilderten Fälle verdienen gerade durch ihre Übereinstimmung Interesse. Beide Menschen zeigten eine tiefgehende Verbitterung, eine verbissene Wut und innere Auflehnung gegen allen Zwang und alle bestehende Ordnung. Es wäre ja naheliegend, sie als Opfer einer traurigen, liebeleeren Jugend hinzustellen, als ein Produkt ihrer Abstammung und ihrer Umgebung. Ich glaube jedoch, daß diese Faktoren allein durchaus keine genügende Erklärung abgeben. Beide waren völlig uneinsichtig, daß die elterliche Erziehung bei ihnen völlig versagt hatte und eine strengere Erziehung — außerhalb des elterlichen Hauses — dringend geboten war, um sie bei ihrer Neigung zu einem anti- und asozialen Lebenswandel noch vor völligem sittlichem Verfall zu bewahren. Uneinsichtig waren sie auch dafür, daß die Strenge ihrer Erzieher in der Fürsorgeanstalt doch nur eine begreifliche Folge ihrer eigenen Schwer- oder Unerziehbarkeit war und sie nach ihrem ganzen, vorhergehend näher geschilderten Verhalten wohl kaum ein Übermaß von Güte seitens ihrer Lehrer erwarten konnten. Doch — wenn wir von der Zeit in der Fürsorgeanstalt absehen — auch später sind beide als ungesellige Menschen durch das Leben gegangen, überhaupt ohne V e r l a n g e n nach Anschluß



an andere Menschen. Gerade die Jünglingsjahre sind bekannt als die Zeit der Freundschaften, die Zeit des leichten Anschlusses an Gleichaltrige und Gleichgesinnte, als das Lebensalter der sich entspinnenden Liebesverhältnisse. So erscheint mir die Tatsache, daß beide ohne Freund und ohne Braut im Leben geblieben sind, doch bereits als ein zum mindesten auffälliges Zeichen, ein Zeichen, daß bei beiden durchaus nicht die Anstalterziehung der Grund und die Erklärung ihrer Verbitterung ist, sondern vielmehr letztere doch wohl bereits als pathologisches Symptom gedeutet werden kann.

Beide stimmen ferner darin überein, daß auf sie das Verbrechen als solches eine Anziehungskraft, einen förmlichen Reiz ausübte. „Es ist ein Kitzel, wenn ich so recht eine Gefahr bestehen kann," sagte der eine wörtlich, und beide bekunden, daß der Gedanke an einen schwierigen Diebstahl oder Einbruch sie gar nicht wieder loslasse. Beide waren Verbrecher aus Passion, und ich glaube ihnen sehr wohl, daß der gefahrvolle Kampf mit den Gesetzen für sie ein „Nervenkitzel" war, wie für einen andern der Sport. Ich glaube ihnen ferner, daß Furcht vor dem Ergriffenwerden ihnen unbekannt war, und daß beide — bei einem Verbrechen überrascht — selbst nicht vor dem Äußersten zurückgeschreckt wären. Ich halte es nicht für ausgeschlossen, daß beide infolge ihrer positiven kriminellen Begierden sich im Laufe der Jahre zu Berufsverbrechern entwickeln können, unter Umständen sogar zu Spezialisten einer bestimmten Art des Verbrechens. Zwar fehlt beiden der große Zug, der die Hochstapler, die internationalen Taschendiebe auszeichnet und zu psychologisch so interessanten Persönlichkeiten macht. Hierzu fehlt beiden die äußere Gewandtheit, die Intelligenz. Ich gebe rückhaltlos zu, daß ihre geistigen Fähigkeiten völlig für das gewöhnliche Leben ausreichen, ja vielleicht sogar das Durchschnittmaß etwas überragen. Beide sind rein intellektuell durchaus befähigt, sich zu Verbrecherspezialisten auszubilden und bereits jetzt eine schwere Gefahr für die Rechtssicherheit des bürgerlichen Lebens. Trotzdem aber finden — nach meiner Ansicht — auf sie die Worte Anwendung, mit denen *Kraepelin* die geborenen Verbrecher schildert. Es fehlt ihnen „meist die Fähigkeit, allgemeine Gesichtspunkte zu gewinnen, höhere Geistesarbeit zu leisten, sich eine zusammenhängende Lebens- und Weltanschauung zu bilden. Insbesondere haben die Kenner der Verbrechernatur stets auf den Mangel



an weiterblickender Überlegung und Voraussicht aufmerksam gemacht. Die geborenen Verbrecher sind Augenblicksmenschen, die nicht das Bedürfnis empfinden, über die Gegenwart und die allernächste Zukunft hinauszudenken". Legen wir diesen strengen *Kraepelin*schen Maßstab unserer Beurteilung zugrunde, so zeigen beide Menschen sicher einen Intelligenzdefekt. Ich habe aber Bedenken, einen Intelligenzdefekt in dem geschilderten Sinne für die Diagnose eines angeborenen Schwachsinnes, einer Debilität zu verwerten. Ich gebe gern zu, daß mich bei dieser Auffassung mehr praktische, zum Teil für das Militärleben wichtige Gesichtspunkte leiten, als streng wissenschaftliche Gründe. Wir müssen — meines Erachtens — berücksichtigen, daß wohl jeder Jüngling mit größerem oder geringerem Optimismus in das Leben hinaustritt, in der Erwartung, die Welt so zu finden, wie er sie sich in seinen Hoffnungen und Erwartungen malt. Erst wenn er das reale Leben wirklich kennen gelernt hat, wird er sich eine zusammenhängende Lebens- und Weltanschauung bilden können, also in reiferen Jahren, in einem Alter, das jenseits der aktiven Dienstzeit liegt.

Ich möchte im Nachfolgenden auf einen viel umstrittenen Begriff eingehen, die Auffassung der Moral insanity, des moralischen Schwachsinns. Die vielumstrittene Frage, ob das Gefühlsirresein „eine umgrenzte Schädigung der sittlichen Leistungen", eine Krankheit sui generis sei oder aber eine „einfache Unterform des angeborenen Schwachsinns" darstelle, ist noch nicht geklärt. Die Moral insanity ist nach *Kraepelins* Ansicht „ein Sammelbegriff für eine Reihe ganz verschiedenartiger Zustände", und ich glaube, die Mehrzahl der Psychiater entschließt sich nur ungern, diese Diagnose zu stellen, ganz im Gegensatze zu psychiatrisch nicht durchgebildeten Ärzten, die, wie ich gefunden habe, diese Diagnose als relativ bequem häufig stellen. Vielfach werden unter dem Begriff Moral insanity „alle diejenigen Formen abnormer geistiger Veranlagung und Entwicklung zusammengefaßt, bei denen bei erhaltener oder wenigstens nicht wesentlich verkümmerter Intelligenz ein erheblicher oder totaler moralischer Defekt besteht" (*v. Muralt*).

Binswanger[1]) betont, daß „bei dieser Fassung überhaupt eine

[1]) *Binswanger*, Über den moralischen Schwachsinn, mit besonderer Berücksichtigung der kindlichen Altersstufe. Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädagogischen Psychologie und Physiologie. Bd. VIII, Heft 5, 1905.



Grenze zwischen dem geborenen Verbrecher und dem verbrecherischen Geisteskranken nicht besteht", und ferner: „Der geborene Verbrecher kann wohl als eine krankhafte Erscheinung des sozialen Organismus, vielleicht auch als eine eigenartige anthropologische Varietät, niemals aber als ein Geisterkranker betrachtet werden, so lange außer dem moralischen Defekte keinerlei andere Zeichen einer geistigen Erkrankung auffindbar sind." „Beiden gemeinsam ist ein bis in die kindliche Entwicklungstufe zurückgehender ethischer Defekt, welcher sich in der Tendenz zu antisozialer Handlungsweise kundgibt." Der moralische Schwachsinn ist, wie ja hinreichend bekannt, in enge Beziehung zu dem angeborenen Schwachsinn gebracht worden. *Binswanger* erklärt: „Man beobachtet bei vielen Schwachsinnigen eine Herabsetzung der gemütlichen Erregbarkeit, eine allgemeine, die Intensität und Qualität der einfacheren und zusammengesetzten, primären und abgeleiteten Gefühlstöne im gleichen Maße schädigende Störung, welche sich in einer allgemeinen Gefühlsverarmung und Gefühlsstumpfheit kundgibt."

Wenn diese Worte auch vorzugweise auf die schweren angeborenen Schwachsinnsformen angewandt werden müssen, so wird es gerade bei diesen Formen — eben im Hinblick auf das gleichzeitige Bestehen von intellektuellen und ethischen Defekten — unmöglich sein, eine Grenze zwischen moralischem und angeborenem Schwachsinn zu ziehen. Es würde somit — wie ich glaube — wohl mehr dem Belieben des einzelnen überlassen sein, ob er einen Kranken dieser Gruppe als angeboren oder moralisch schwachsinnig bezeichnen will. Vom forensisch psychiatrischen Standpunkt aus ist — aus später zu erörternden Gründen — die Diagnose Moral insanity zum mindesten unzweckmäßig. Weit schwieriger zu deuten sind die Fälle, in denen keine sinnfälligen Symptome von Schwachsinn gefunden werden. Ich möchte hier die Ansicht von *Aschaffenburg*[1]) über die Moral insanity zitieren: „Die meisten der Fälle sind klinisch wahrscheinlich falsch aufgefaßt worden. Sie gehören neben dem Schwachsinne zum Teil der Epilepsie und Hysterie, zum Teil den leichten Erregungszuständen des manisch

[1]) *Hoche* — unter Mitwirkung von *Aschaffenburg*, *Schultze*, *Wollenberg* —, Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie. I. Teil. *Aschaffenburg*: Die rechtlichen Grundlagen der gerichtlichen Psychiatrie. A. Strafrecht und Strafprozeß. S. 39. 2. Aufl. 1909. Hirschwald.

depressiven Irreseins, zum Teil dem Jugendirresein (Dementia praecox) an; solche Mißgriffe sind mir wenigstens aktenmäßig begegnet."

Binswanger stellt in seiner erwähnten Arbeit die strikte Forderung auf: „Nur in solchen Fällen, in welchen entweder ein ausgeprägter intellektueller Defekt oder bei Mangel eines solchen charakteristische psychopathische Krankheitsmerkmale beim Kinde vorhanden sind, haben wir das Recht, die verkümmerte ethische Entwicklung als Ausfluß einer krankhaften seelischen Veranlagung zu bezeichnen." *Binswanger* weist selbst darauf hin, daß derartige Individuen meist erst nach dem Verlassen der Schule in ärztliche Beobachtung und Untersuchung gelangen. Wir werden bei Gefängnisinsassen überaus häufig nicht in der Lage sein, eine wirklich objektive und verwertbare Anamnese zu erlangen. Uneheliche Geburt, jahrelange Trennung von Eltern und Angehörigen, unsteter Lebenswandel usw. machen es uns unmöglich, die geistige Entwicklung von Kindheit an klarzulegen. Wir werden mithin oft gar nicht die Frage klären können, ob bereits in der Kindheit psychopathische Krankheitsmerkmale bestanden haben. Die eigenen Angaben des Verbrechers in dieser Hinsicht sind mit Vorsicht aufzunehmen, er ist selbst zu sehr Irrtümern unterworfen — ganz abgesehen von absichtlicher Irreführung des Arztes. Vom forensisch-psychiatrischen Standpunkt aus erscheint — wie ich bereits sagte — die Diagnose Moral insanity unzweckmäßig. Das Reichsgericht [1]) (E. XV. 97) hat ausdrücklich entschieden, daß „nach den dem deutschen Strafgesetzbuch zugrunde liegenden Anschauungen durch den von der Theorie (eines moralischen Irreseins) angenommenen Mangel jeglichen moralischen Haltes die Zurechnungsfähigkeit nur dann für ausgeschlossen gelten kann, wenn der Mangel aus k r a n k - h a f t e r Störung zu erklären ist.... Nach § 51 genügt keineswegs die bloße Unfähigkeit zur freien Willensbestimmung einem Anreize gegenüber, es muß vielmehr die freie Willensbestimmung durch einen Zustand der Bewußtlosigkeit oder krankhaften Störung der Geistestätigkeit ausgeschlossen sein". Damit ist — sagt *Aschaffenburg* — die Nichtanerkennung der Lehre von dem moralischen Schwachsinn „autorativ" entschieden.

[1]) Zitiert nach *Aschaffenburg* im genannten Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie S. 39.



Die psychiatrische Auffassung über den geborenen Verbrecher als solchen kann wohl nicht präziser zum Ausdruck gebracht werden als durch die Worte von *Aschaffenburg* [1]): „Beides, Verbrechertum und geistige Störung, sind zwei Pflanzen, die aus demselben Boden ihre Nahrung saugen, aus dem Boden körperlicher und geistiger Degeneration." Zu demselben Urteil kommt *Sadger* [2]) auf Grund seiner Untersuchungen über Belastung und Entartung, die er in dem Satze zusammenfaßt: „Kein Genie ohne Belastung, kein geborener Verbrecher ohne Entartung."

Um zu diesem Schlusse zu kommen, braucht man durchaus nicht den Begriff der Entartung so eng zu fassen, daß wir jeden als entartet bezeichnen, der „angeborene Eigenschaften" besitzt, „die der Erreichung allgemeiner Lebenszwecke hinderlich sind" (*Kraepelin*). Vielmehr möchte ich als Kennzeichen der Entartung — nach *Kraepelin* — eine dauernd krankhafte Verarbeitung der Lebensreize, eine Unzweckmäßigkeit des Denkens, Fühlens oder Wollens während des ganzen Lebens betrachten. Daß von diesem Gesichtspunkte aus die beiden ehemaligen Fürsorgezöglinge, deren Lebenslauf ich zuletzt geschildert habe, ohne weiteres entartete Persönlichkeiten sind, bedarf wohl keiner weiteren Darlegung.

Die zweite Gruppe meiner Psychopathen bilden die Haltlosen, die Instablen. Ihr gehören 6 meiner Leute an.

Einer könnte insofern abgezweigt werden, als er mehr ausgesprochener Affektmensch war. Ungemein leicht reizbar, geriet er fast ständig mit seiner Umgebung in Konflikt und war von frühester Jugend an im Leben eigentlich bisher überall gescheitert. Die leidenschaftliche Erregung, in die er so leicht geriet, stand ständig in grobem Mißverhältnis zu der vorhandenen auslösenden Ursache; er war jedoch im Augenblicke des Affekts unfähig zu jeglicher Überlegung und hatte sich beim Militär wegen tätlichen Angriffs und Achtungsverletzung vor versammelter Mannschaft eine zweijährige Gefängnisstrafe zugezogen. Auch im Festungsgefängnis war er als leicht erregbarer Mensch bekannt. Daß es hier nicht zu neuen Straftaten kam, lag wohl ausschließlich in der so überaus korrekten und ruhigen Art der Vorgesetzten begründet, die von den Festungsgefangenen interessanterweise fast stets rühmend anerkannt wird.

[1]) *Aschaffenburg*, Das Verbrechen und seine Bekämpfung. 2. Aufl. Heidelberg 1906. Winters Universitätsbuchhandlung. S. 171.

[2]) *Sadger, J.*, Belastung und Entartung. Ein Beitrag zur Lehre vom kranken Genie. Leipzig 1910.



Den Lebenslauf der 5 übrigen zu schildern, kann ich mir ersparen. Es ist immer dasselbe Bild einer „die gesamte Lebensführung beherrschenden Willensschwäche" (*Kraepelin*), das uns bei jedem der Leute entgegentritt. In der Schule — sowie im allgemeinen — hatten sie alle, außer einem, leicht gelernt und sich oberflächliche Kenntnisse und eine äußere Gewandtheit erworben, die, wie die längere Beobachtung ergab, leicht dazu verleiteten, den betreffenden für intelligenter zu halten, als er wirklich war. Fast jeder hatte die Schule geschwänzt, „weil es mir nicht paßte", wie einige zugaben. Alle 5 waren in der Lehre gewesen, aber kein einziger hatte die dreijährige Lehrzeit durchgehalten. Dem einen war der Meister zu streng, der andere hatte „keine Lust" mehr, ein dritter wollte sich nichts mehr sagen lassen, war „frech" usw., kurz bei allen tritt uns die Unfähigkeit, ein vorgestecktes Ziel zu erreichen, entgegen, ein Versagen, sobald es sich darum handelt, ernste Arbeit zu leisten und Unannehmlichkeiten zu erdulden im Interesse eines höheren Zwecks. Keiner hatte in einem bestimmten Berufe ausgehalten, ein jeder bis zu seinem Diensteintritt mehrfach gewechselt. Alle 5 kamen wegen ihrer Unbeständigkeit, Arbeitscheu, ihres Hanges zum Vagabundieren in die Erziehungsanstalt, alle 5 versuchten ein- und mehrmals zu entweichen; bei allen 5 ist in den Lehrerberichten von „Mangel an ernstem Interesse", „Arbeitscheu", Trägheit, von fehlender Selbstzucht und Ausdauer die Rede. Der Versuch der Erziehungsanstalt, den Zögling bei einem Lehrherrn oder Dienstherrn unterzubringen, glückte bei keinem einzigen der 5; immer wieder liefen sie davon, unter ähnlichen Begründungen wie oben. Nur tritt jetzt häufiger als Motiv der Alkohol und die Neigung zum weiblichen Geschlecht in Erscheinung. 4 sind bis zum Diensteintritt gerichtlich bestraft wegen Diebstahls, Körperverletzung, Bettelei usw. Der 5. wurde anscheinend lediglich durch seine sehr ordentlichen Eltern vor Konflikten mit den Strafgesetzen bewahrt, wenigstens nach seiner Strafliste beim Militär zu urteilen. Die aktive Dienstzeit trägt bei allen in überaus charakteristischer Weise den Stempel der Haltlosigkeit und Willensschwäche. Nachlässigkeit, Schmutzigkeit, Belügen von Vorgesetzten, Betrügereien, vor allem aber Urlaubsüberschreitungen und unerlaubte Entfernung kehren in den Strafverzeichnissen immer wieder. Von den 5 Leuten hatten auch 3 wegen unerlaubter Entfernung bzw. Fahnenflucht sich ihre Gefängnisstrafe zugezogen.



Am deutlichsten kam die Haltlosigkeit in der Erzählung des einen zum Ausdruck, der angab, er habe einen Freund getroffen, einen Bierkutscher, der ihn freigehalten hätte. Dann hätten sie getanzt, weiter getrunken, sich umhergetrieben und „amüsiert", bis er nach 2 Tagen ergriffen wurde. Nicht viel anders lag der Sachverhalt bei den übrigen. Es erscheint erwähnenswert, daß eigentlich keiner wirkliche Freunde besaß; es liegt nahe, sich in einer charakterstarken Persönlichkeit eine Stütze zu suchen, wenn man — wie eigentlich alle meine 5 Leute — immer wieder seine Haltlosigkeit und seine mangelnde Widerstandskraft gegen Verführungen und Verlockungen des täglichen Lebens erkennen muß. Anschluß an eine derartige Persönlichkeit voll Lebensernst und Zielbewußtsein sucht der krankhaft Haltlose wohl kaum jemals, sicher nicht freiwillig. Er ist innerlich viel zu wenig davon überzeugt, daß er sich selbst alle Fehlschläge zuzuschreiben hat, und ist nur zu sehr geneigt, die Schuld andern beizumessen oder nach leeren Ausflüchten zur Entschuldigung zu suchen, die höchstens er selbst glaubt. Die Willensschwäche bedingt für den Haltlosen eine schwere Gefahr, sobald er in schlechte Gesellschaft gerät. Er fällt leicht der Verführung anheim und wird so ein Gewohnheitsverbrecher. „Man würde fehlgehen," sagt *Aschaffenburg*, „wenn man in ihm stets die Betätigung positiver verbrecherischer Neigungen vermuten würde. Eine große Anzahl der harmloseren Gewohnheitsverbrecher, das tägliche Brot der Polizeiorgane und Amtsgerichte, die Landstreicher, sind charakteristische Beispiele eines Gewohnheitsverbrechertums aus vorwiegend negativen Eigenschaften."

Ich muß ohne weiteres zugeben, daß meine 5 Fälle eigentlich alle als leichtere Form von Haltlosigkeit anzusprechen sind und bei ihnen die Charakteristika der Entartung nicht so sinnfällig zutage treten. Vermißt habe ich sie bei keinem einzigen, und ich fürchte, daß von den 5 Leuten wohl die Mehrzahl völlig außerstande sein wird, sich im Lebenskampfe durchzusetzen. Wie sie v o r der Militärzeit gescheitert sind, so werden sie auch weiterhin wohl scheitern, wenn erst der erzieherische Einfluß der Militärzeit, soweit ein solcher überhaupt bei meinem Material zur Geltung kam, gänzlich abgeklungen ist. Eine zielbewußte, wohlwollende Leitung wird bei leichteren Fällen, z. B. bei den hier erwähnten, wenigstens das eine zuweilen verhindern können, nämlich daß diese Menschen dem Verbrecher- und Landstreichertum

anheimfallen. Jedoch tatkräftige, widerstandfähige, gefestigte und ausdauernde Persönlichkeiten aus ihnen zu machen, das wird meines Erachtens nie gelingen.

Als dritte Gruppe möchte ich schließlich noch die Degenerierten mit epileptiformen oder epileptoiden Anfällen erwähnen. Ich bin mir sehr wohl bewußt, daß epileptische und der Epilepsie ähnliche Anfälle bei zahlreichen Psychosen vorkommen, mithin das Auftreten derartiger Anfälle nicht als Kriterium für eine eigene Unterabteilung gelten dürfte. Es liegt mir jedoch — wie bereits erwähnt — nur daran, der besseren Übersicht halber einzelne Gruppen aufzustellen; es waren für mich weniger streng wissenschaftliche als vielmehr praktische Gesichtspunkte maßgebend.

Von meinem Material gehören dieser Gruppe drei Soldaten an. Den Lebenslauf des einen möchte ich näher schildern.

Gi., 24 Jahre alt, ehelich geboren. Der Vater des G. war ein Sonderling (vielleicht geisteskrank) und hat vor langen Jahren die Familie verlassen. Ein Bruder des Vaters hat durch Selbstmord geendet, ebenso beider Vater. Die Mutter ist vor langen Jahren gestorben. G. wurde im Hause eines kleineren Beamten vom 6. Lebensjahre an erzogen; die Pflegeeltern werden als sehr ordentliche Leute geschildert, und G. gibt zu, es bei ihnen recht gut gehabt zu haben. Er besuchte die Volksschule, dann das Gymnasium bis Quarta, wurde dann aber mit 12 Jahren wegen ständigen Schulschwänzens und verschiedener dummer Streiche einer Fürsorgeanstalt an der holländischen Grenze überwiesen. Die Akten habe ich leider nicht eingesehen. In der Fürsorgeanstalt blieb er knapp 2 Jahre, kam dann zu einem Schlosser in die Lehre, lief jedoch mehrfach davon, angeblich wegen schlechter Behandlung. Vom 19. bis 21. Lebensjahre ist er dreimal gerichtlich bestraft, zweimal wegen Diebstahls, einmal wegen Sachbeschädigung mit einem Verweis. Nach beendeter Lehrzeit zog er als reisender Handwerksbursche mehrere Monate umher, arbeitete gelegentlich in Fabriken. Auf seiner Wanderschaft durchzog er Holland, Rheinland, Frankreich, Italien, wurde wegen Schmuggelns abgefaßt, ausgewiesen und ging nach Spanien. Von hier kehrte er unter fremdem Namen nach Italien zurück und schlich sich — als ihm der Boden zu heiß wurde — in Genua auf ein Schiff, mit dem er nach Brasilien gelangte. Hier will er gestohlen haben, fuhr nach Argentinien, wo er auf einer Pferdezüchterei einige Wochen arbeitete. Stellunglos und total abgerissen, ließ er sich für die argentinische Marine anwerben, desertierte aber nach wenigen Monaten — angeblich wegen schlechter Behandlung durch die Kameraden — und kehrte über Kapstadt, Australien wieder nach Argentinien zurück. Teils zu Fuß, größtenteils aber als blinder Eisenbahnpassagier durchzog



er Chile, Paraguay und Uruguay, schiffte sich — wieder nach Argentinien zurückgekehrt — heimlich auf einen Dampfer ein, brach in den Postraum ein und wurde in Hamburg mit 3 Monaten Gefängnis bestraft (laut Akten 1907). Am 12. Juni 1907 wurde er als unsicherer Heerespflichtiger eingestellt. Das straffe militärische Leben behagte ihm nicht, er wurde nach 4 Monaten fahnenflüchtig, aber nach wenigen Tagen ergriffen und zu 1½ Jahren Gefängnis (wegen Fahnenflucht im Komplott) verurteilt. Während der Strafverbüßung führte er sich tadellos, es wurde ihm daher ein Teil der Strafe im Gnadenwege erlassen. Zur Truppe zurückgekehrt, tat er 1 Jahr den Dienst zur Zufriedenheit der Vorgesetzten, wurde dann aber erneut fahnenflüchtig, ging nach Belgien, das ihn an Deutschland auslieferte. Zu 2 Jahren Gefängnis verurteilt, geriet er über die Höhe der Strafe in heftige Erregung. Er stellte zwischen seiner und der Nachbarzelle ein Loch in der Wand her, wollte Brandstiftung in der Strafanstalt begehen und trat schließlich mit der Behauptung hervor, er litte an „Epilepsie". Er wurde daraufhin teils vor Antritt der Strafe vorübergehend, teils während der Strafverbüßung dauernd auf seinen Geisteszustand beobachtet. Durch zahlreiche Unterhaltungen, bei denen jegliche Suggestion und Suggestionsfragen peinlichst vermieden wurden, stellte ich folgendes fest: G. behauptet, im 15. bis 18. Lebensjahre (1900 bis 1903) seien etwa zwei- bis dreimal wöchentlich „Anfälle" aufgetreten, d. h. er habe in der linken Hand ein kribbelndes Gefühl verspürt, die Finger hätten sich geschlossen, die Hand, der linke Arm seien schwer und machtlos geworden. Das Kribbeln sei weiter bis zum Halse aufgestiegen, er habe die Sprache verloren und sei ohnmächtig geworden. Wie lange die Ohnmacht gedauert hätte, wisse er nicht; nach Angabe von Augenzeugen will er um sich geschlagen haben. Nach dem „Anfall" habe er sich müde und matt gefühlt. Durch ärztliche Behandlung (Elektrisieren) seien die „Anfälle" leichter und seltener geworden. Zwar habe das Kribbeln in derselben aufsteigenden Art fortbestanden, er sei jedoch nicht mehr ohnmächtig geworden. Allmählich hätten die Anfälle ganz aufgehört. Etwa 1904/05 seien jedoch im Anschluß an eine große Erregung die geschilderten Anfälle wiedergekehrt, begleitet von Taumeln und Schwindelgefühl. Seitdem wäre ihm in unregelmäßigen Zwischenräumen und „bei ganz feinen Arbeiten" schwindlig, so als ob er angetrunken sei. Bewußtlos sei er jedoch dabei angeblich nie geworden. Dämmerzustände haben bisher — soweit feststellbar — nicht bestanden. Schwindelgefühl sei stets nur als Folge des von der Hand aufsteigenden „Kribbelns" aufgetreten. Angeblich sei es zuweilen von Angstgefühl begleitet gewesen (Furcht vor Hinstürzen).

Die Stimmung sei im allgemeinen „ganz gut", zuversichtlich. Mit Kameraden pflegte er wenig Umgang („bin mehr für mich allein"), war im allgemeinen schweigsam. Mitunter befalle ihn — wie er behauptete — ein Gefühl von „Melancholie"; es sei ihm beklommen zumute, die „Um-



gebung“ ihm „zu eng“; Lebensüberdruß trete jedoch nicht zu diesen Zeiten auf. Diese Zustände sind vielleicht um so auffallender, als bei verzweifelten, äußeren Lagen G. oft „lustig und humorvoll“ sein will, unbesorgt und gleichgültig gegen die drohenden Schicksalschläge. Nachts träume er sehr lebhaft, besonders von Schlägereien und sexuellen Dingen; oft fuhr er auch plötzlich aus dem Schlafe auf — wie die Kameraden behaupteten. In Schlägereien ist G. — wie er offen zugesteht — oft verwickelt gewesen. Zeitweise hat er stark getrunken. Syphilis in der Anamnese ist nicht sicher.

G. ist im großen und ganzen ein gutmütiger Mensch. Allerdings ist er leicht reizbar. Seine Angabe, er könne sich nur schwer zügeln und neige bei heftigen Erregungen zu Gewalttätigkeiten und blindem Wüten, erscheint mir durchaus glaubhaft. Nach derartigen Entladungen verspürt er jedoch Reue und Scham und hat den Vorsatz, künftig sich zu bessern. Diese guten Vorsätze gelangen jedoch nicht zur Ausführung, wenn G. wieder einmal in unangenehme Situationen verwickelt wird. An den Pflegeeltern hängt er mit Anhänglichkeit und Liebe und steht mit ihnen im Briefverkehr.

Die Intelligenz des G. überschritt durchaus den Durchschnitt; bei den Kameraden galt er als „schlau“. Das Gedächtnis war befriedigend; G. selbst behauptet allerdings, es habe in den letzten Jahren abgenommen. Ebenso sagte er mir, er fühle sich stumpfer als früher („abgestumpft“) und erklärte dieses mit seinen zahlreichen Fahrten und Erlebnissen in der Welt.

In körperlicher Hinsicht zeigte G. bei einem Horizontalumfang des Kopfes von 58 cm eine leichte Asymmetrie des Schädels sowie auf dem rechten Scheitelbein eine etwa 2 cm lange, 1 cm breite, weder druckempfindliche noch mit der Unterlage verwachsene Narbe. Von den Pupillen erschien die linke leicht verzogen, eine Spur weiter als die rechte; die Reaktion beider war jedoch einwandfrei. Der linke Pat.-R. war gegen den rechten leicht gesteigert. Es bestanden ferner Zittern der narbenlosen Zunge und deutliches Nachröten der Haut.

Ich hatte während der mehrmonatigen Strafzeit des G. weder selbst Gelegenheit, irgendeinen „Anfall“ zu beobachten, noch auch wurde ein solcher von dem Personal und den Kameraden beobachtet.

Der zweite Fall hat mit dem oben geschilderten beträchtliche Ähnlichkeit. Hier lag in der Kindheit ein schweres Schädeltrauma vor, später kamen längerer Alkoholmißbrauch und Syphilis als weitere schädigende Momente hinzu. Hier bestanden anfallweise Kopfschmerzen und Schwindelanfälle, zeitweilige Verstimmungszustände (mit angeblicher Selbstmordneigung) sowie Erregungzustände. Allerdings war dieser Mensch leicht reizbar, und es erscheint mir wahrscheinlich, daß die Erregungszustände sowie auch die Verstimmungszustände nur als leicht pathologische Reaktion eines gefühlsbetonten Vorfalles aufzufassen waren. Mit dieser



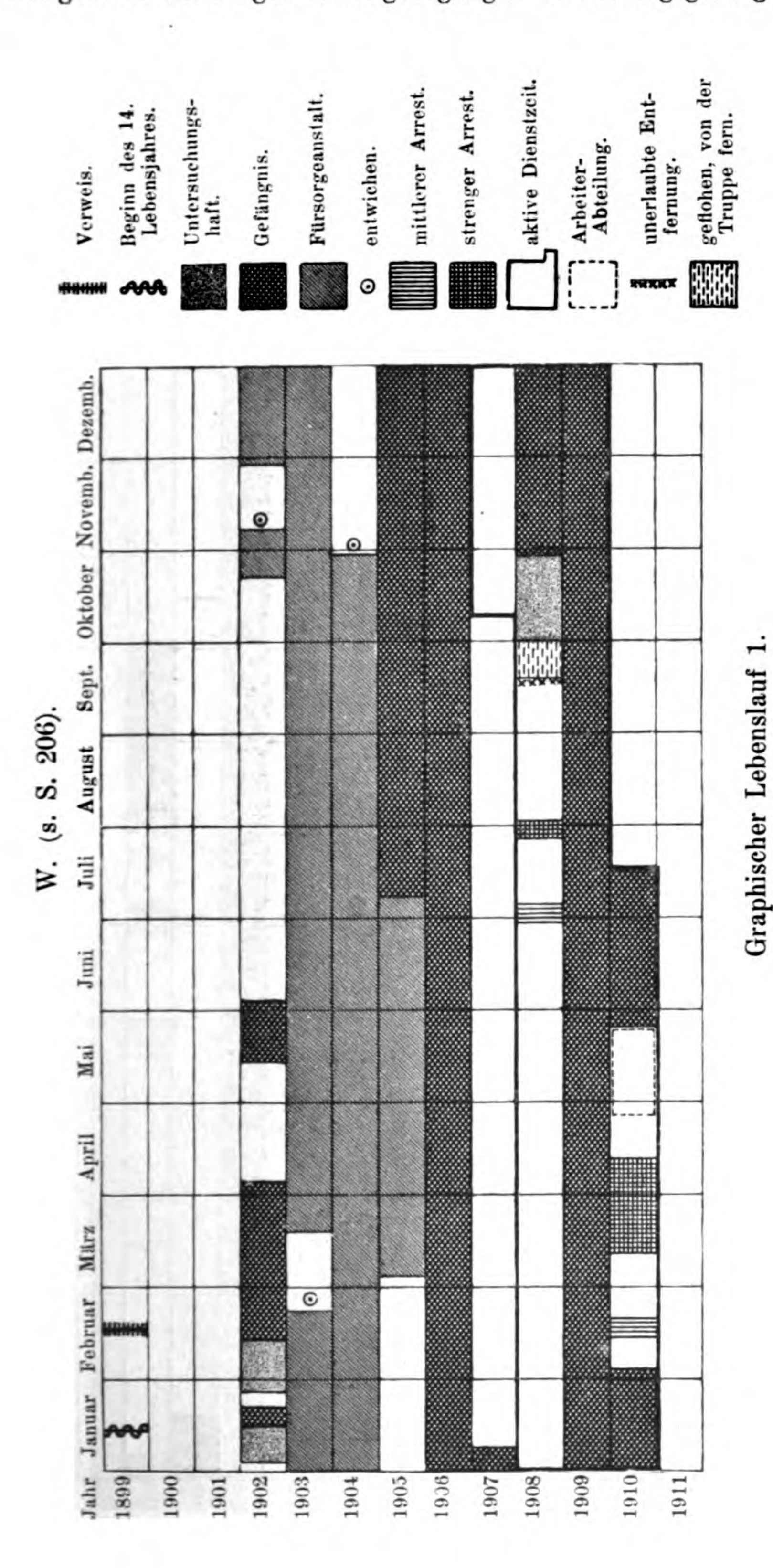
erhöhten psychischen Reizbarkeit in Einklang stand ein erhöhter Reizzustand des gesamten Nervensystems, wie mehrfache Untersuchungen ergaben.

Zum Schluß noch mit einigen Worten der dritte Fall:

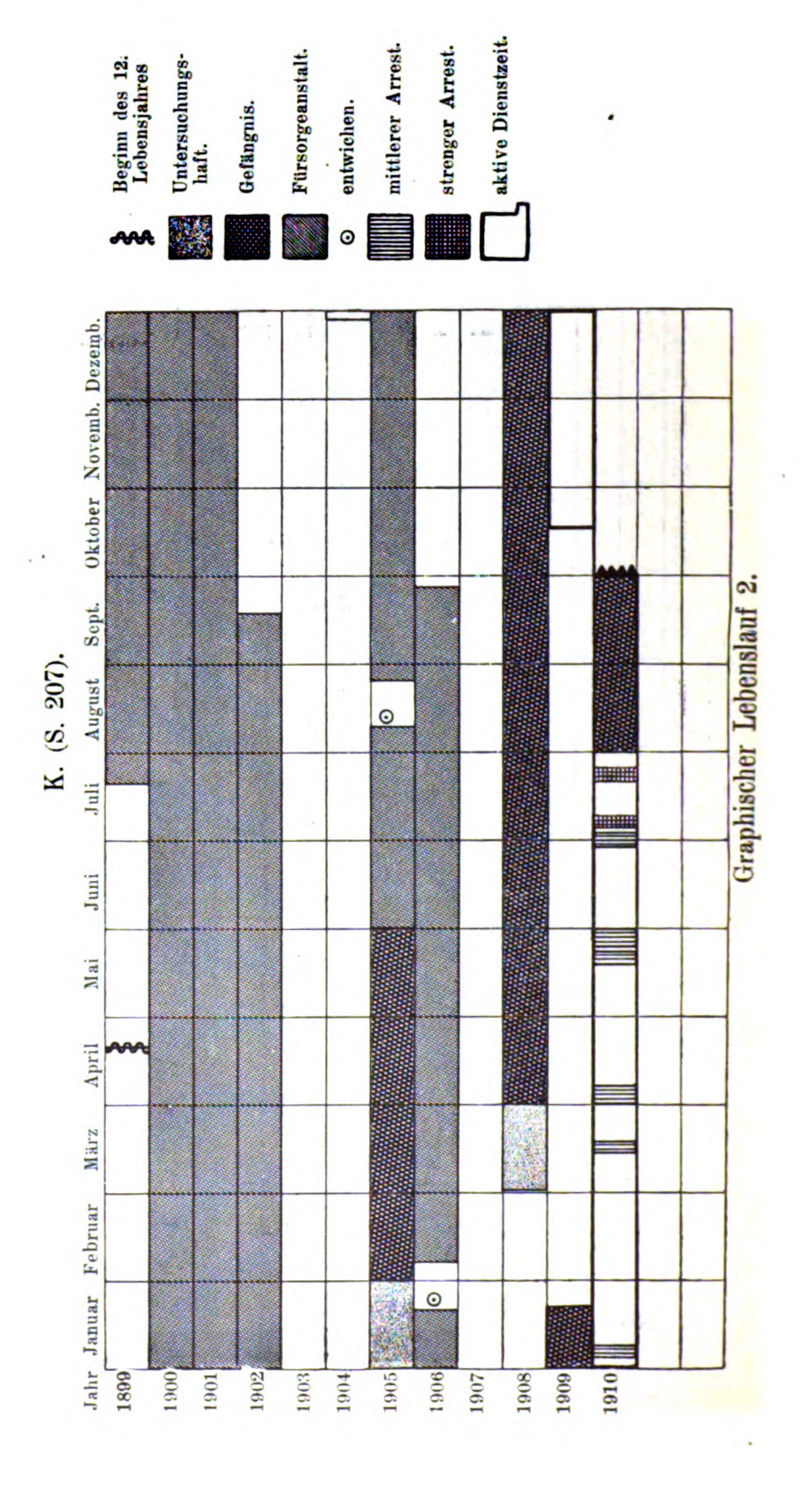
M. (Skizze Nr. 7, s. S. 237), 23 Jahre alt, ehelich geboren. Der Vater hat „getrunken" und ist an Schwindsucht gestorben, als M. 11 Jahre alt war. Die Mutter war „wild", lief dem Ehemann ohne Grund mehrfach davon, war „komisch" und starb im Wochenbett, als M. 7 Jahre alt war. Eine Schwester des M. war dumm und ist an Schwindsucht gestorben. Eine Kusine väterlicherseits endete durch Selbstmord. In der Schule lernte M. gut, schwänzte jedoch viel, beging Diebstähle und wurde im 10. Lebensjahr einer Fürsorgeanstalt überwiesen. Nach dem Berichte der Anstalt hatte M. einen „störrischen, widerspenstigen Charakter, wie wir ihn weder vor noch nach ihm noch einmal in unserer Anstalt hatten". Der Direktor erwähnt ferner den „wirren, unstäten Blick" des M. Er befand sich 4½ Jahre in einer Fürsorgeanstalt und erlernte dann 2½ Jahr das Schlosserhandwerk. Vom 18. bis 20. Lebensjahre ist er 5 mal gerichtlich mit Gefängnis und Haft bestraft wegen Diebstahls, Körperverletzung und Landstreichens. Das Schlosserhandwerk übte er nicht aus, sondern war in verschiedenen Fabriken als Arbeiter sowie als Heizer auf Überseedampfern tätig. Im September 1907 als unsicherer Heerespflichtiger bei der Marine eingestellt, ist seine Dienstzeit — abgesehen von dem ersten halben Jahre — eine Kette von andauernden Verstößen gegen die Disziplin. Er wurde in 2 Jahren 21 mal bestraft, darunter 9 mal mit strengem Arrest und 2 mal mit Gefängnis, allein 5 mal wegen unerlaubter Entfernung. Als Ursache für seine häufige Straffälligkeit gibt er an, daß er sich meist die Folgen seiner Handlungen vorher nicht überlegt habe, besonders wenn er unter Alkohol gestanden hätte, was, wie er eingesteht, recht häufig der Fall gewesen wäre. Wenn er von Kameraden aufgefordert wurde, mitzumachen, so habe er eben mitgemacht, ohne an die Folgen zu denken. Gute Vorsätze habe er recht oft gefaßt, aber alle diese seien immer wieder zuschanden geworden, sobald irgendeine neue Versuchung an ihn herantrat. Richtige gute Freunde hatte er angeblich nie, „mit jedem habe ich Freundschaft gehalten", ebenso habe er nie eine Braut gehabt, habe sich jedoch viel mit Kellnerinnen abgegeben, von denen er gelegentlich „freigehalten" worden sei. Er bestreitet jedoch energisch, jemals Zuhälterdienste geleistet zu haben. In der Trunkenheit neige er zu Streit und Lärm und sei mehrfach in Raufereien verwickelt gewesen. Allerdings sei er auch ohne Alkohol leicht reizbar, werde aufgeregt und könne nicht an sich halten, beim Militär z. B., sobald ein Vorgesetzter ihn barsch anfahre. In eine Arbeiterabteilung eingestellt, machte er hier einen Fluchtversuch und wurde mit Gefängnis bestraft.

Im April 1910 erkrankte M. an einer eitrigen Mittelohrentzündung, meldete sich jedoch erst krank, nachdem diese bereits etwa anderthalb

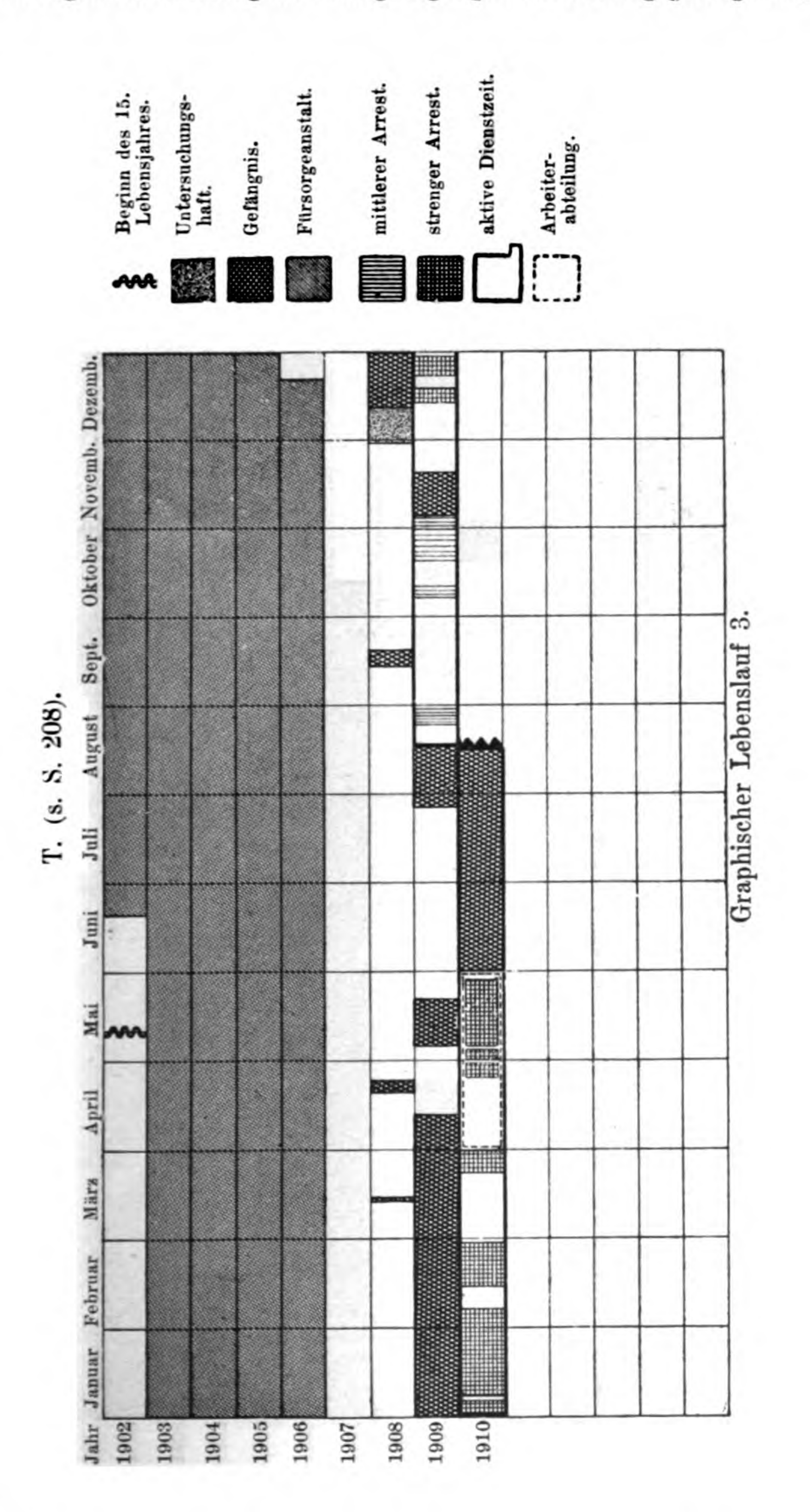




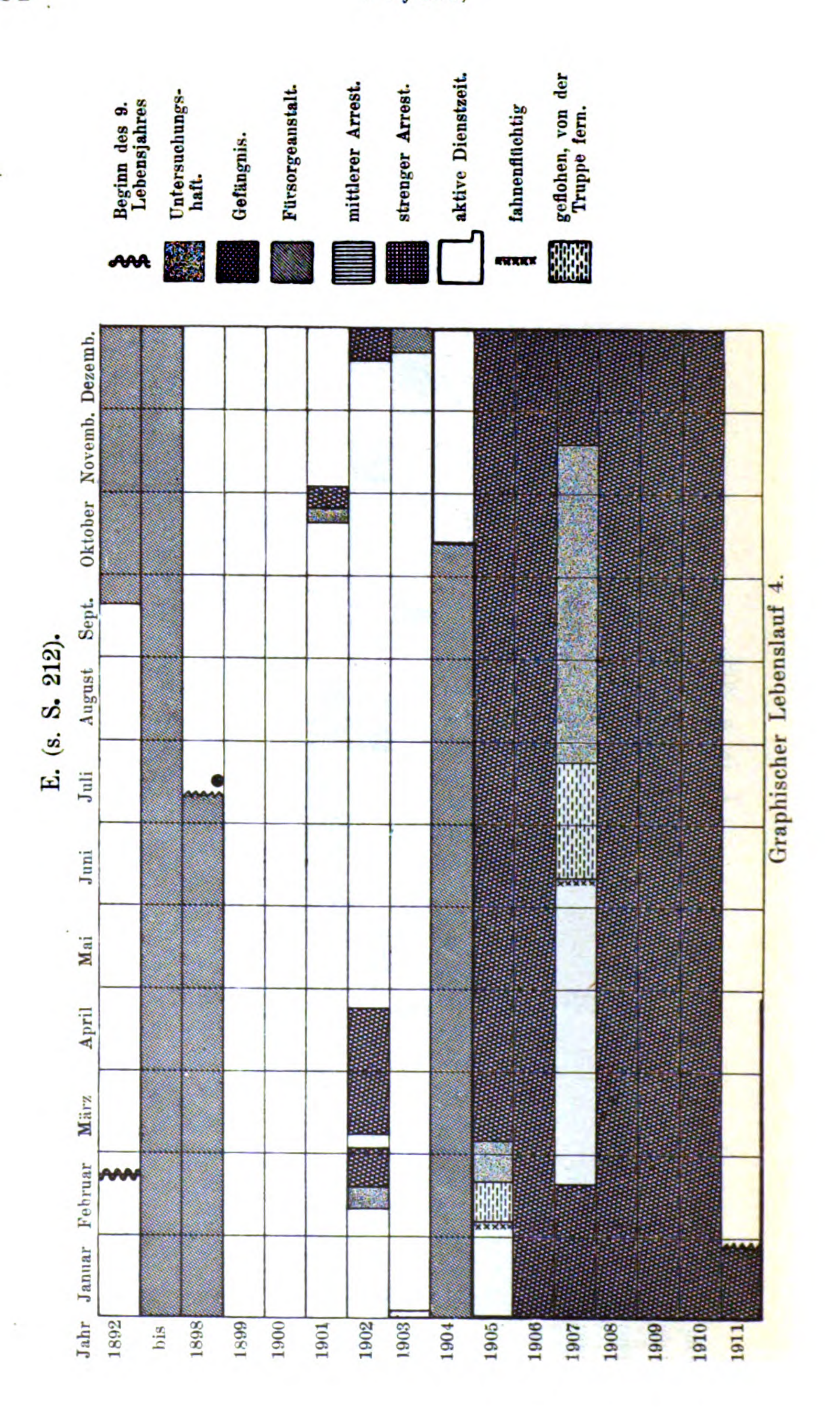
Graphischer Lebenslauf 1.



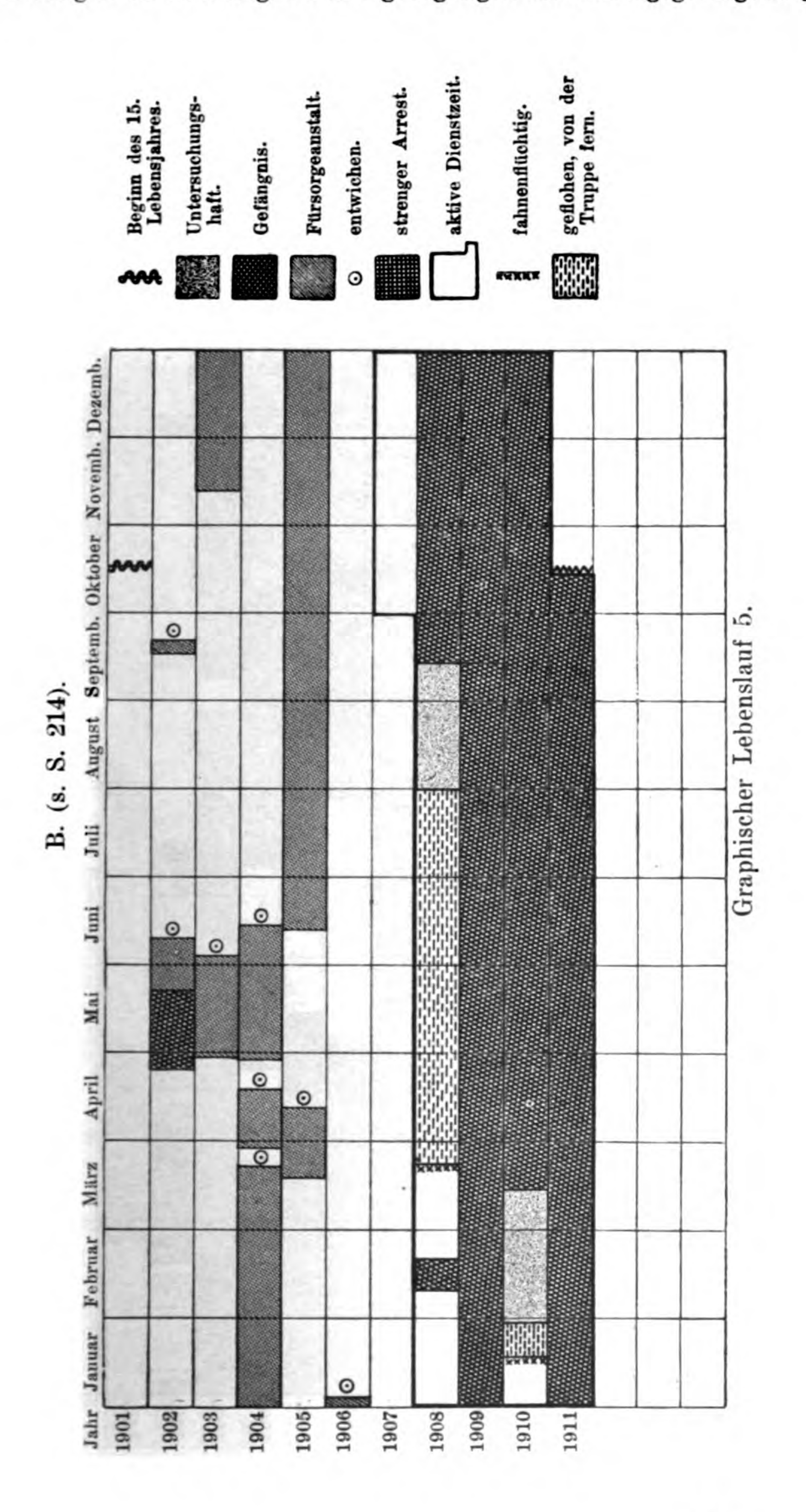
Graphischer Lebenslauf 2.



Graphischer Lebenslauf 3.

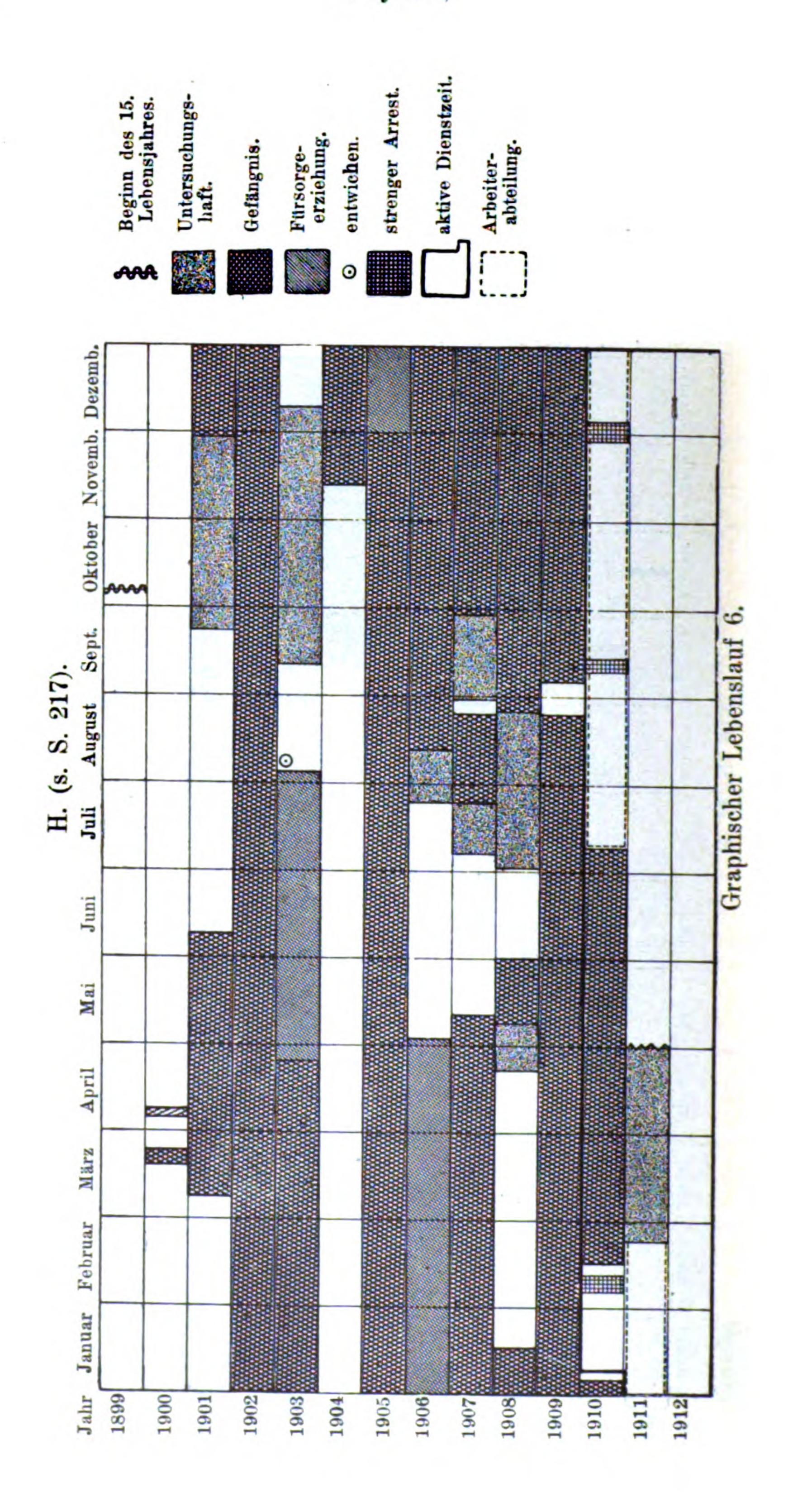


Graphischer Lebenslauf 4.

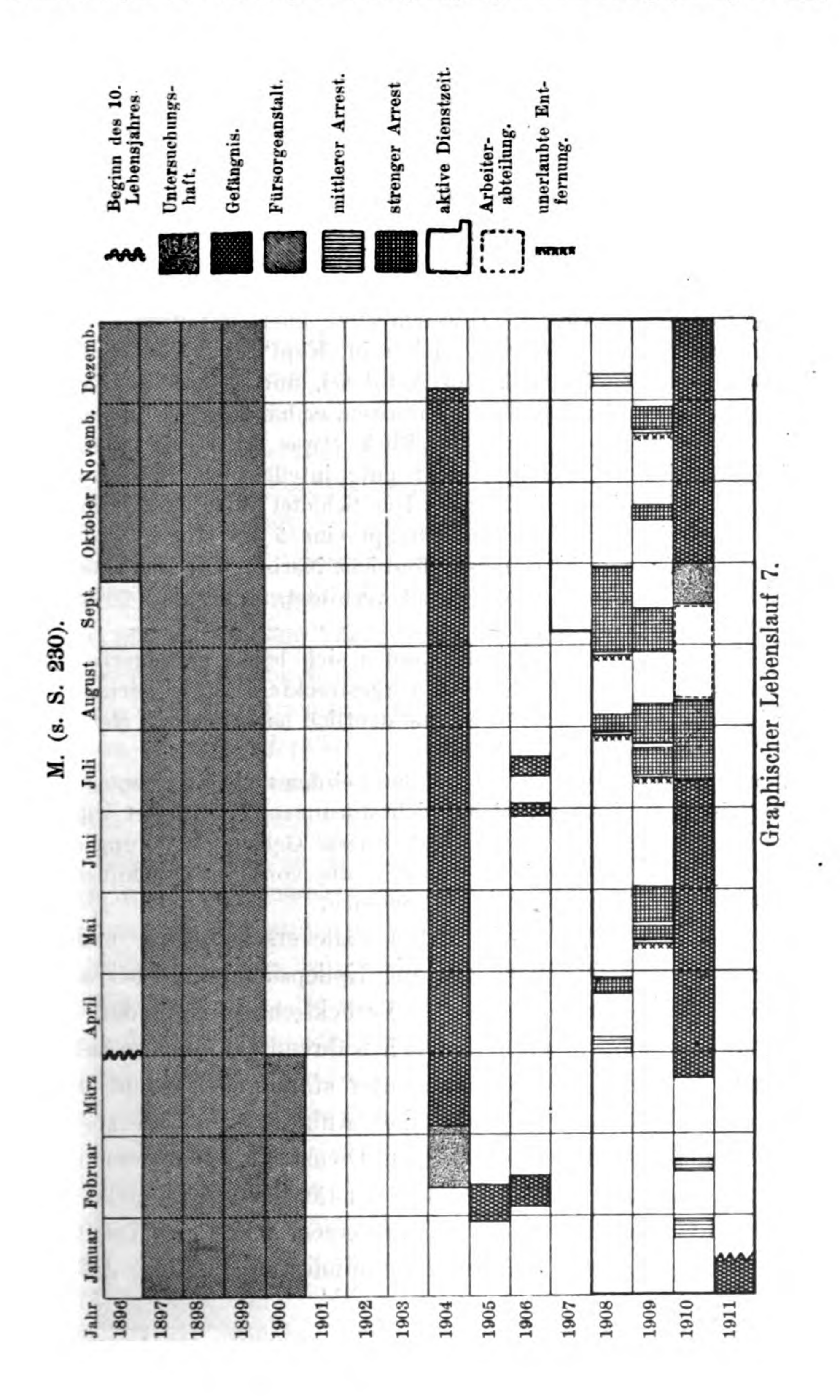


Graphischer Lebenslauf 5.

H. (s. S. 217).



Graphischer Lebenslauf 6.



Graphischer Lebenslauf 7.

Monate bestand. Der unmittelbare Anlaß zur Krankmeldung war, daß er „Schwindelanfälle“ bekam, ihm „heiß im Kopfe“ wurde und Angstgefühl auftrat. Die Mittelohreiterung heilte unter spezialärztlicher Behandlung. Ausfluß trat in den folgenden 6 Monaten nicht wieder auf. Am Trommelfell fand sich eine deutliche Perforation, das Mittelohr zeigte epidermisierte Wände, die Hörfähigkeit war auf 50 cm für Flüstersprache herabgesetzt. M. gab an, zeitweilig im Hinterkopf und über den Augen ein Druckgefühl zu empfinden und sich dann „duselig“ zu fühlen. Schwindelanfälle seien nicht mehr aufgetreten. Beim Lesen bestände manchmal Flimmern vor den Augen. Zuweilen trete auch anfallweise ein ängstliches Gefühl, Herzklopfen und „Hitze im Kopf“ ein. Nachts träume er viel, besonders von Leichen, daß er tot sei, und „allerhand Kram“. Er meinte auch, doch bald sterben zu müssen, er habe das so im Gefühl. Der Gesichtsausdruck war finster, der Blick etwas scheu, das ganze Wesen wenig militärisch. M. zeigte recht gute intellektuelle Fähigkeiten; ein Schwachsinn lag sicher nicht vor. Der Schädel hatte einen Umfang von 57 cm und zeigte auf dem Hinterhaupt eine 5 cm lange, ½ cm breite, gut verschiebliche, nicht druckempfindliche Narbe. Die Nase stand etwas schief, die Ohrmuscheln waren leicht verbildet, es bestand ferner Anlage von Xbein und Plattfuß.

Seitens des Nervensystems fanden sich leicht gesteigerte Patellarsehnenreflexe, Zittern der gespreizt vorgestreckten Finger, geringe Dermographie sowie am ganzen Körper eine deutlich nachweisbare Herabsetzung des Schmerzgefühls.

Besonders hervorgehoben sei, daß bei den mehrfach vorgenommenen Untersuchungen niemals Gleichgewichtstörungen beobachtet wurden und niemals Symptome, die für eine lokalisierte Gehirnerkrankung sprachen. Ebensowenig konnten bei M. objektiv die von ihm geschilderten verschiedenartigen Anfälle beobachtet werden.

Die Deutung der geschilderten Fälle erscheint mir nicht völlig einwandfrei möglich. Eine genuine Epilepsie kommt bei allen drei Leuten nicht ernstlich in Frage. Berücksichtigt man, daß alle drei bereits längere Zeit dienten und sich während zahlreicher Aufenthalte im Lazarett, im Gefängnis usw. unter ständiger Aufsicht befanden, so glaube ich, daß ein epileptischer Anfall, vorausgesetzt, daß ein solcher jemals während der aktiven Dienstzeit aufgetreten ist, auch zur Kenntnis der Vorgesetzten und zuständigen Ärzte gelangt wäre. Überdies hätte wohl jeder der drei aus einem derartigen Anfall Kapital für sich zu schlagen versucht, zum mindesten dadurch, daß er sich krank gemeldet hätte.

Wahrscheinlicher ist — meines Erachtens — die Annahme, daß es sich bei den ersten beiden um traumatisch psychopathische Kon-



stitutionen handelt. Sicher erscheint mir diese bei dem zweiten, kurz skizzierten Fall. Hier lag ein größerer, schwerer Schädelunfall mit Gehirnerschütterung vor, und der Vater gab ausdrücklich an, daß nach dem Unfall ausgesprochene Charakterveränderungen sich ausbildeten, vorzugweise Boshaftigkeit und Jähzorn. Bei dem ersten, in extenso geschilderten Falle fehlte mir eine hinreichend ausführliche Anamnese. Dadurch ist es mir nicht möglich, nachzuweisen, welche Veränderungen in geistiger Hinsicht mit G. während seines Lebens vorgegangen sind. Aber ich glaube, so viel kann doch wohl behauptet werden, daß die verschiedenartigen Schlägereien und das Trauma, von dem jetzt noch die Narbe herrührt, die Widerstandfähigkeit des Gehirns herabgesetzt haben. Als weitere Gehirnschädigungen kommen hinzu Syphilis, Alkohol und kalorische Schädigungen (Schiffsheizer, Aufenthalt in den Tropen). So erscheint es nicht wunderbar, daß sich in beiden Fällen psychische Degenerations- und zerebrale Reizerscheinungen herausgebildet haben.

Es ist nun hinreichend bekannt, daß zwischen Schädeltrauma und Epilepsie enge Beziehungen bestehen. Nach *Ziehen* pflegen in wenigstens 10 % aller schweren Schädeltraumen sich epileptische Anfälle einzustellen. Insbesondere ist ja der Alkohol den Gehirntraumatikern gefährlich, sei es in Form von pathologischen Rauschzuständen, sei es in Form von alkoholepileptischen Anfällen. Ich möchte die Vermutung aussprechen, daß bei beiden Fällen die absolute Alkoholabstinenz in der Untersuchungshaft, den Lazaretten, der Arbeiterabteilung und dem Festungsgefängnis nicht allein heilsam gewirkt, sondern vielleicht direkt verhindert hat, daß schwerere epilepsieähnliche Anfälle auftraten. So erklärt es sich vielleicht, daß bei beiden keine ärztlichen Unterlagen für die von den Leuten behaupteten psychischen Anfälle gewonnen werden konnten. Daß die Angaben der beiden Leute erfunden sind, glaube ich nicht; allerdings ist es ja möglich, daß diese oder jene Einzelheit etwas krasser hingestellt worden ist, als sie in Wirklichkeit war.

Schwieriger ist der dritte Fall. Hier hegte ich lange Zeit Verdacht, daß der Krankheitsprozeß vom Mittelohr in die Schädelhöhle übergegriffen hätte. Ich fand jedoch bei zahlreichen Untersuchungen nie Anhaltpunkte, welche das Vorliegen einer organischen Gehirnerkrankung auch nur im entferntesten gerechtfertigt hätten. Ich

nehme auch für diesen Fall eine traumatisch-psychopathische Konstitution an und glaube, daß es sich auch hier um zerebrale Reizerscheinungen handelt, die gleichfalls zum mindesten in ihrem Entstehen begünstigt worden sind durch Trauma, Alkohol und kalorische Einwirkungen.

Zum Schluß möchte ich noch die Degenerationszeichen und krankhaften Erscheinungen des Zentralnervensystems dieser Gruppe der Psychopathen kurz zusammenfassen.

Von den 10 Leuten zeigte einer (Untergruppe 2) hydrozephale Schädelform (horizontaler Umfang 60 cm), ein anderer derselben Gruppe Mikrozephalie (53 cm Horizontalumfang). Bei diesen waren als weitere Zeichen der Entartung vorhanden eine fliehende Stirn, Prognathie sowie verschieden gefärbte Regenbogenhäute. Im Schädelbau zeigten 3 Leute Asymmetrien zwischen beiden Hälften. Der Schädel eines vierten wirkte ausgesprochen eckig, quadratisch, der eines fünften verjüngte sich stark nach oben. Asymmetrien beider Gesichtshälften fand ich nur einmal, jedoch 7 mal eine schiefgestellte Nase. Seitens der Ohren war erkennbar: verbildete Ohrmuscheln 4-, angewachsene Ohrläppchen 5- und *Darwin*scher Höcker 4 mal. Einer schielte, drei besaßen hohe, von diesen zwei kahnförmige Gaumen. Die Abweichungen des Zentralnervensystems von der Norm möchte ich tabellarisch kurz zusammenfassen.

Es fand sich	bei zwei Leuten mit erbl. degen. psych. Konst.	bei fünf Haltlosen	bei drei Psychopathen mit epilept. Anfällen [1]	Also unter 10 Degenerierten
unregelmäßige Form der Pupillen	—	1	1	2
Differenz der Pupillen	—	—	1	1
träge Reaktion	—	-	1	1
Abweichen der Zunge	—	1	—	1
Zittern der Zunge	1	—	2	3
Steigerung der Pat.-S.-R.	1	1	3	5
Dermographie	1	5	3	9
Tremor digitorum	1	—	2	3
allgemeine Hypalgesie	—	—	1	1

Von den vier noch verbleibenden Leuten ist kaum etwas zu sagen. Einer von ihnen war in der Anstalt schwer erziehbar gewesen, die andern drei hatten sich jedoch der Erziehung in der Anstalt in jeder Weise musterhaft gefügt. Zwei waren vor dem Diensteintritt unbestraft, und von diesen kann wohl mit großer Wahrscheinlichkeit eine soziale Bewährung im Leben erwartet werden. Der eine hatte sich nicht rechtzeitig gestellt, weil er an Krätze litt und sich angeblich

[1]) Von den drei Leuten dieser Gruppe haben zwei Lues überstanden.



schämte. der zweite hatte einen vorgesetzten Unteroffizier verdächtigt, daß er (der Unteroffizier) von ihm Geld geborgt hätte. Von den beiden anderen Leuten wurde der eine im Alkoholrausch gewalttätig und war sowohl im Zivil- als jetzt im Militärleben wegen Körperverletzung bestraft worden. Der zweite konnte vielleicht auch als erblich-degenerativer Psychopath bezeichnet werden; er stand sicher auf der Grenze. Bei diesen beiden zuletzt erwähnten glaube ich kaum, daß sie sich fernerhin als soziale und brauchbare Mitglieder der menschlichen Gesellschaft betätigen werden. Bei beiden hatte ich jedoch den Eindruck, daß durch sachgemäße, wohlwollende Leitung etwas aus ihnen zu machen wäre; ob beide jedoch einen derartigen Halt im Leben finden — das ist ja wohl wenig wahrscheinlich.

Bereits erwähnt wurde, daß die Fürsorgeerziehung als solche durchaus keine Schuld an dem bisherigen Versagen meines Materials im bürgerlichen und militärischen Leben trifft. Nach der vom Ministerium des Innern veröffentlichten Statistik über die Erfolge der Fürsorgeerziehung usw. kann ja kein Zweifel an dieser segensreichen Einrichtung für unsere gefährdete Jugend mehr bestehen. Ich habe auch zeigen können, welch treffende Beobachtungen die Lehrer und Erzieher der genannten Anstalten über unser Material gemacht haben und wie richtig häufig die von ihnen gestellte Prognose für das weitere Leben der Zöglinge war.

Die eingangs meiner Arbeit erwähnten militärärztlichen Gesichtspunkte, die mich zu der Untersuchung veranlaßt haben, legen nun zwei Fragen nahe:

1. Wie verhält sich Fürsorgeerziehung zum Militärdienst, und
2. Wie haben sich die Fürsorgezöglinge im Heere bewährt?

Mein Material ist zu klein und stellt doch zu sehr Ausnahmeverhältnisse dar, als daß ich es wagen dürfte, meine Ergebnisse zu verallgemeinern. Es sind vor nicht langer Zeit zwei Arbeiten erschienen, von *Stier* [1]) und *Schuppius* [2]), die sich gleichfalls mit den Fürsorgezöglingen vom militärischen Gesichtspunkte aus beschäftigen. Die von beiden Autoren niedergelegten Ansichten und Resultate ihrer Beobachtungen sind von grundlegender Bedeutung; *Stier* hat sich ein-

[1]) *Stier*, Fürsorgeerziehung und Militärdienst. D. militärärztl. Ztschr. 40. Jahrg. 1911. Heft 22.

[2]) *Schuppius*, Fürsorgeerziehung und Militärdienst. Ebendort.



gehend mit der Frage der Fürsorgeerziehung seit Jahren beschäftigt, und *Schuppius* hat auf Grund von Fragebogen ein Bild der zurzeit in der preußischen Armee dienenden ehemaligen Fürsorgezöglinge gewonnen und ist zu recht beachtenswerten Ergebnissen gekommen, die um so wertvoller für mich sind, da sie nicht an Festungsgefängnisinsassen, sondern an Soldaten der Front angestellt sind, somit eine Ergänzung meiner eigenen Beobachtungen darstellen.

Alle ehemaligen Fürsorgezöglinge grundsätzlich vom Militärdienst als untauglich oder unwürdig auszuschließen, ist, wie auch *Stier* betont, „indiskutabel, da diese Maßnahme einen radikalen Bruch bedeuten würde mit den sonstigen Grundsätzen der Einstellung, indem es die Fürsorgezöglinge, von denen ein beträchtlicher Teil überhaupt keine gerichtlichen Strafen erlitten hat, den ehemaligen Zuchthäuslern gleichstellen würde". *Stier* zieht ferner die Möglichkeit in Erwägung, ob die Entscheidung über die Tauglichkeit aller in die Fürsorgeerziehung aufgenommenen Knaben in die Hände der Armee zu legen sei oder ob für die Tauglichkeit der Umstand entscheidend sein könne, daß die Fürsorgezöglinge sich in dem Kalenderjahre, in dem sie das 20. Lebensjahr vollenden, noch in Fürsorgeerziehung befanden. *Stier* begründet seine ablehnende Stellung zu diesen Möglichkeiten so erschöpfend und weist so einleuchtend auf die Konsequenzen hin, welche sich ergeben würden, daß es überflüssig erscheint, seinen Ausführungen noch etwas hinzuzusetzen.

Stier schlägt schließlich vor, eine Verfügung zu erlassen, die besage: „Die Kommunalverbände haben am 1. Januar jedes Jahres diejenigen in Fürsorgeerziehung befindlichen jungen Männer den Ersatzbehörden namhaft zu machen, die sich a) als schwachsinnig und psychisch abnorm gezeigt haben, und die b) in den letzten drei Jahren sich nicht tadelfrei geführt haben; beides unter Angabe der diese Urteile begründenden Tatsachen, bei den unter a) genannten tunlichst unter Beibringung eines psychiatrischen oder kreisärztlichen Zeugnisses".

Ich halte diesen Vorschlag für überaus glücklich. Er bedeutet eine Erweiterung des bereits erwähnten Erlasses des Ministers des Innern vom 2. November 1910 betreffend Mitteilung des Ergebnisses der psychiatrischen Untersuchung der geistig minderwertigen Fürsorge- und Zwangszöglinge an die Ersatzbehörden. Es war vorgeschlagen worden, über jeden ehemaligen Fürsorgezögling einen Ver-



merk in die Stammrolle aufzunehmen, um die Aufmerksamkeit des zuständigen Truppenarztes besonders auf diesen Mann zu lenken. *Stier* hat Bedenken gegen diesen Vorschlag. Er fürchtet, dieser Vermerk könne den Unteroffizieren und Kameraden bekannt werden und so dem ehemaligen Fürsorgezögling, der vielleicht mit den besten Vorsätzen und Absichten beim Militär eingetreten ist, der sich im Zivilleben vielleicht sozial bewährt hat, nun ein Makel in den Augen seiner Kameraden angehängt werden, der ihm sein militärisches Fortkommen erschwert und unter Umständen dazu beiträgt, daß er in alte Fehler zurückfällt. Ich gebe diese Gefahr ohne weiteres zu und bin überzeugt, daß derartige verletzende, kränkende Bemerkungen so manchem ehemaligen Fürsorgezögling das militärische Leben verbittern können. Wir müssen jedoch anderseits bedenken, daß durch den vorgeschlagenen Vermerk die militärischen Vorgesetzten und der zuständige Arzt darauf hingewiesen werden, den betreffenden Soldaten unauffällig, besonders sorgsam zu beobachten. Gerade hierdurch aber werden wir Ärzte die notwendigen Unterlagen für die Beurteilung der Psyche dieser Leute gewinnen und würden frühzeitiger als bisher imstande sein, so manchen psychisch Defekten zu erkennen. Hätte sich in den Listen meines Materials der vorgeschlagene Vermerk gefunden, so hätten die Truppenführer doch wohl bei diesem oder jenem Manne eine psychiatrische Beobachtung veranlaßt, und es wäre somit das Heer frühzeitiger von einem ungeeigneten Element befreit worden. Allerdings ist dazu eine Vertiefung des psychologisch-psychiatrischen Verständnisses der militärischen Vorgesetzten notwendig, eine Forderung, an deren Erfüllung bereits in zahlreichen Armeekorps durch regelmäßig wiederkehrende psychiatrische Vorträge gearbeitet wird.

Würde nun in die Stammrollen nur bei den von *Stier* erwähnten psychisch verdächtigen ehemaligen Fürsorgezöglingen ein Vermerk gemacht, so würde in zahlreichen Fällen bei der Musterung bzw. Aushebung so mancher geistig Defekte bereits vom Heeresdienst ausgeschlossen werden können. Ich glaube, daß die von mir vorgeschlagenen, auf einer Lehrerkonferenz beim Abgang jedes Zöglings aus der Anstalt zusammengefaßten Schlußschilderungen eine wertvolle Ergänzung dieser ärztlichen usw. Zeugnisse bilden würden. Gerade meine Fälle haben gezeigt, wie richtig die Lehrer ihre Zöglinge zu beurteilen verstanden, wie richtig auch die Vorhersage über die weitere Lebens-



führung meist war. Kämen diese ehemaligen Fürsorgezöglinge doch zur Einstellung, so würden der Truppenarzt und der Kompagniechef sofort wertvolle Fingerzeige für die Beurteilung des Mannes besitzen, und es gelänge sicher, so manchen frühzeitiger zu erkennen und eventuell abzuschieben als jetzt. Denn erfahrunggemäß verstreichen unter den heutigen Verhältnissen stets Wochen, sogar Monate, ehe bei Grenzzuständen ein Soldat als geistig auffällig dem Truppenarzt von der Kompagnie zugewiesen wird und die dann eingeleiteten Erhebungen über das Vorleben in unsere Hände gelangen. Es wird sich nie vermeiden lassen, daß diesem oder jenem Soldaten seine ehemalige Erziehung in einer Fürsorgeanstalt von den Kameraden zum Vorwurf gemacht und er als ein sittlich Zweitklassiger betrachtet wird. Dieser Nachteil muß jedoch meines Erachtens völlig zurücktreten hinter den großen Vorteil, den das Heer durch die möglichst frühzeitige Erkennung von geistig defekten, für den Heeresdienst ungeeigneten Elementen gewinnt.

Die in den bereits vielfach erwähnten Statistiken veröffentlichten günstigen Ergebnisse haben — wie ich wohl sagen darf — nicht nur mir eine große Überraschung bereitet. Ich hatte, als ich an die Untersuchung meines Materials herantrat, nicht erwartet, auf so ausgesprochene Ausnahmefälle zu stoßen, vielmehr geglaubt, daß von meinem kleinen Material sich wenigstens ein gewisser, vorsichtiger Schluß auf die allgemeinen militärischen Verhältnisse ziehen ließe. Diese Erwartung ist erklärlich, wenn man sich die Ergebnisse der neurologisch-psychiatrischen Untersuchungen an Fürsorgezöglingen vergegenwärtigt. Ich möchte diese der Übersicht halber in nachfolgender Tabelle zusammenstellen und bemerken, daß ich einige Angaben der Statistik über die Fürsorgeerziehung usw. entnommen habe.

Die umstehende Tabelle zeigt außerordentliche Differenzen: z. B. schwankt bei den einzelnen Untersuchern die Prozentzahl der geistig Gesunden zwischen 84,75 und 13,8, die Zahl der Psychopathen aller Grade zwischen 15,18 und 86,2. Bemerkenswert ist das psychiatrische Ergebnis in der Rheinprovinz mit seiner interessanten Trennung zwischen erziehbaren, sozial in gewissem Grade verwendbaren und sozial verlorenen Zöglingen. Es ist naturgemäß nicht zu entscheiden, wieweit die abweichenden Ergebnisse bedingt sind durch die verschiedene Auffassung der einzelnen



Provinz	Name des Untersuchers	Zahl der untersuchten Zöglinge usw.	Geistig gesund bzw. unauffällig %	Psychopathen, geistig Abnorme aller Grade %	Nicht erziehbar %
Ostpreußen	Holthausen	979	76	23	1
Westpreußen	Rabbas (?)	271	84,75	15,18	0,07
Pommern	Knecht[1])	222 männl.	57	43	?
„	„	95 weibl.	34	66	?
Posen	?	122	65,6	34,4	?
Hannover	Cramer[2])	376 schulentlassene	40	60	?
„	Mönkemöller[3])	589 schulpflichtige	63	37	?
Rg.-Bz. Wiesbaden	Snell (schulpflichtige)	66 männl. I. Unters.	28,5	71,5	?
„	„ (schulpflichtige)	66 männl. II. Unters.	25,7	74,3	?
„	„ (schulpflichtige)	24 weibl. I. Unters.	58	42	?
„	„ (schulpflichtige)	24 weibl. II. Unters.	37,5	62.5	?
„	Geelvink	37 weibl. schulentl.	13,8	86,2	13,8
Westfalen	Rizor[4])	789	24,4	69,6	6
Rheinprovinz	?	100	20, d. h.	55	25
„		50 Knab. 50 Mdch.	erziehbar	endogen entartet, sozial verwendbar, eines posit. Schutzes bedürftig	absolut verloren für das selbständige Leben

Untersucher. *Knecht* z. B. hat bei seinem Material nicht die leichten Schwachsinnszustände berücksichtigt, ein Umstand, durch den sich

[1]) *Knecht*, Die Fürsorgeerziehung in Pommern. Psych.-neurol. Wschr. 12. Jahrg. 1910. Nr. 19.

[2]) *Cramer*, Bericht an das Landesdirektorium über die psychiatrisch-neurologische Untersuchung der schulentlassenen Fürsorgezöglinge. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 67, Heft 4.

[3]) *Mönkemöller*, Bericht an das Landesdirektorium der Provinz Hannover über die Ergebnisse der psychiatrisch-neurologischen Untersuchung der schulpflichtigen Fürsorgezöglinge der Provinz Hannover. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. des jugendl. Schwachsinns Bd. 4, 1910.

[4]) *Rizor*, Bericht an den Landeshauptmann der Provinz Westfalen über die Ergebnisse der psychiatrisch-neurologischen Untersuchung der in den Anstalten befindlichen, über 14 Jahre alten Fürsorgezöglinge Westfalens. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. des jugendl. Schwachsinns 1909. S. 119.



naturgemäß die Zahl der geistig Defekten in seiner Statistik beträchtlich verringert. Zum Vergleich möchte ich eine in der Statistik über die Fürsorgeerziehung usw. veröffentlichte Tabelle anführen.

Jahrgang	Von den Fürsorgezöglingen waren				
	a) in geistiger Hinsicht		b) in körperlicher Hinsicht		
	gesund	nicht normal	gesund	m. Gebrechen bzw. Mängeln behaftet	davon hatten dauernde Gebrechen
1909	88,1	11,9	75,6	24,4	10,0
1908	90,2	9,8	77,3	22,7	9,1
1907	89,5	10,5	82,7	17,3	7,0
1906	90,0	10,0	80,7	19,3	8,1
1905	89,3	10,7	78,5	21,5	9,0
1904	90,9	9,1	85,6	14,4	7,1
1903	90,3	9,7	82,3	17,7	8,1
1902	89,3	10,1	84,3	15,7	7,2

Die große Differenz in den Prozentzahlen der geistig Defekten dieser mit den in der vorherigen Tabelle führt logischerweise zu dem Schluß, daß zahlreiche Psychopathen usw. in der Fürsorgeanstalt nicht als solche erkannt, somit auch wohl zum Militärdienst herangezogen wurden, ohne daß durch irgendeinen entsprechenden Vermerk in den Personalakten auf den abnormen Geisteszustand dieser ehemaligen Zöglinge hingewiesen wurde. Von den in den Jahren 1904 bis 1909 aus der Fürsorgeerziehung entlassenen Knaben wurden 24 von hundert als Soldaten eingestellt, ein geringer Prozentsatz, der sich jedoch wohl daher erklärt, daß noch nicht sämtliche der in dem genannten Zeitraum entlassenen Zöglinge das Pflichtalter für den Militärdienst erreicht haben. Der verhältnismäßig geringe Prozentsatz der mit körperlichen Gebrechen bzw. mit Mängeln behafteten Zöglinge (s. letzte Tabelle) erklärt jedenfalls nicht die Erscheinung, daß nur ein Viertel der genannten Fürsorgezöglinge in das Heer eingestellt wurden.

Es ist das Verdienst von *Schuppius*, durch umfassende Erhebungen bei sämtlichen Armeekorps einen Überblick über die Zahl und Führung der im Sommer 1911 aktiv im Heere dienenden ehemaligen Fürsorgezöglinge gegeben zu haben. In 10 Armeekorps dienten 560 ehemalige Zöglinge. Von diesen Leuten standen im ersten Dienstjahre 338 Mann. Von diesen waren 61,7 % gänzlich unbestraft, „bei Abrechnung der Rapporte, Strafwachen und ähnlichen kleinen Disziplinarstrafen sogar 71,4 %“. Von den 222 Leuten des zweiten Jahrgangs hatten 24 %

bzw. 35,75 % den größten Teil ihrer Dienstzeit straflos verbracht. Die Führung wird bezeichnet bei 5 % mit „sehr gut", bei 40 % mit „gut", bei 45 % mit „genügend oder befriedigend", bei 10 % mit „schlecht oder ungenügend". *Schuppius* hat bei seinem Material ferner „in jeder Beziehung abfällige Äußerungen" über die Charaktereigenschaften verhältnismäßig selten angetroffen.

Gegen diese günstigen Resultate von *Schuppius* vermag ich einige Bedenken nicht zu unterdrücken. Seit langen Jahren wird von Psychiatern, vor allem von Militärpsychiatern immer wieder die Notwendigkeit betont, bei den militärischen Vorgesetzten das psychiatrische Verständnis für psychische Grenzzustände zu wecken und mehr zu vertiefen. Ein jeder, der die einschlägige Literatur verfolgt hat, wird wissen, wieviel in dieser Hinsicht bereits geschehen ist und immer weiter geschieht, um möglichst weitgehend das Heer von geistig Defekten zu befreien. Ich glaube, daß unter den heutigen Verhältnissen seitens der militärischen Vorgesetzten in erster Linie die Leistungen der Untergebenen im praktischen, im äußeren Dienste, also im Exerzieren, Turnen, Felddienst, Reiten usw. als Maßstab für die Beurteilung betrachtet werden und die Fähigkeiten im theoretischen Dienste durchaus in zweiter Linie kommen. Leichte Formen des Schwachsinns, vor allem aber all die Symptome der degenerativen psychopathischen Konstitutionen fallen bekanntlich in erster Linie der unmittelbaren Umgebung auf, also den Kameraden und allenfalls den Korporalschaftsführern. Die psychisch etwa auffälligen Symptome kommen also häufig dem Kompagniechef gar nicht zur Kenntnis, und es ist auch gar nicht zu verlangen, daß ein Hauptmann erst die Stubenkameraden eines Mannes befragt, um ein Urteil über die Führung usw. zu gewinnen. Die wenigsten Kompagniechefs bestrafen gern, und keiner will in den zweifelhaften Ruf kommen, eine sogenannte Verbrecherkompagnie zu führen. Es wird ein jeder also wohl versuchen, zunächst in Milde, ohne Strafen auszukommen, demgemäß auch sich nur schwer entschließen, die Führung eines Mannes als ungenügend oder als ausgesprochen schlecht zu bezeichnen. Ich bin mir sehr wohl bewußt, daß ein gewaltiger Unterschied besteht zwischen den Bestrafungen im Zivilleben und beim Militär. Im Interesse der Disziplin, um zu erreichen, daß die Truppe ein einheitliches, festgefügtes Ganzes in der Hand ihres Führers wird, müssen eben Strafen verhängt werden für Verfehlungen,



die im Zivilleben im allgemeinen als unwesentlich aufgefaßt werden, z. B. das Ausbleiben über einen gewissen Zeitpunkt, eine freche Antwort gegen den Lehrherrn usw. Die Tatsache, daß „von 338 Leuten des ersten Jahrganges 208 gleich 61,7 % gänzlich unbestraft sind, bei Abrechnung der Rapporte, Strafwachen und ähnlichen kleinen Disziplinarstrafen sogar 240 gleich 71,4 %“, erlaubt meines Erachtens keinen Rückschluß. Denn gerade im ersten Dienstjahre herrscht eine weitgehende Milde und das Bestreben, den neueingestellten jungen Leuten hinreichend Zeit zu gewähren, sich in die neuartigen Verhältnisse einzugewöhnen. In der Ausbildungszeit werden erfahrunggemäß häufig Vergehen nicht bestraft, die mit strengem Arrest, sogar mt Gefängnis geahndet werden könnten. Wenn jedoch von 222 Leuten des zweiten Jahrgangs 24 % bzw. 35,75 % ihre Dienstzeit unbestraft geblieben sind, wenn also 64,25 % strenger als durch Rapporte, Strafwachen und ähnliche kleine Disziplinarstrafen bestraft werden mußten, so vermag ich im Gegensatze zu *Schuppius* den letztgenannten Prozentsatz durchaus nicht so günstig zu finden. Er ist auf jeden Fall beträchtlich höher als bei den jungen Leuten, die nicht in Fürsorgeerziehung waren. Die Vermutung liegt nahe, daß unter diesem relativ hohen Prozentsatze von Bestraften doch so mancher psychisch nicht einwandfrei ist. Ich möchte auf die von mir untersuchten Gefängnisinsassen hinweisen, die ja auch größtenteils mit Disziplinarstrafen belegt worden waren, ehe sie infolge einer gröberen Straftat in das Gefängnis kamen. Ich glaube jedoch, daß die von mir erwähnten Bestimmungen, welche die Heranziehung der Psychiater bei der Fürsorgeerziehung immer mehr sichern, dazu führen werden, daß die unerziehbaren, die geistig defekten Zöglinge mehr als bisher vom Heeresdienst ausgeschlossen werden können. Wenn meine veröffentlichten Fälle auch stets Ausnahmeverhältnisse darstellen werden, so mögen sie doch andrerseits ein Beweis dafür sein, daß zwischen Fürsorgeerziehung und Heeresdienst beachtenswerte Beziehungen bestehen und die Förderung der Bestrebungen der Fürsorgeerziehung nicht in letzter Linie für unser Heer, für die Frage der Tüchtigkeit unserer Armee von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist.

Über eine einfache klinisch-psychologische Methode zur Prüfung der Auffassung, der Merkfähigkeit, des Gedächtnisses und der Ablenkbarkeit.

Von

Dr. **Ernst Bischoff,** Langenhorn.

Im zweiten Heft des 65. Bandes dieser Zeitschrift S. 207 hat *Vieregge* eine Arbeit veröffentlicht: „Über die Prüfung der Merkfähigkeit Gesunder und Geisteskranker mit einfachen Zahlen."

Er berichtet darin über Untersuchungen an Versuchspersonen, Gesunden und Geisteskranken, über die Fähigkeit vorgesagte Zahlen nachzusprechen

1. sofort,
2. nach einer Minute ohne Ablenkung,
3. nach einer Minute mit Ablenkung.

Die Anzahl der Ziffern der noch richtig nachgesprochenen Zahl wurde notiert. So erhält man für jede der drei Versuchsreihen eine Ziffer. Die erhaltenen drei Ziffern nebeneinandergestellt ergeben eine dreistellige Zahl.

Es bedeutet beispielweise 653:

eine sechsstellige Zahl wird sofort,
eine fünfstellige Zahl wird nach einer Minute Ablenkung,
eine dreistellige nach einer Minute mit Ablenkung

richtig reproduziert.

Die Durchschnittwerte bei einer größeren Zahl von gesunden und kranken Versuchspersonen stellte *Vieregge* in der Tafel S. 250 zusammen.

Damit hatte *Vieregge* eine praktisch verwendbare Untersuchungsmethode für die klinische Merkfähigkeitsprüfung ausgearbeitet, die auch noch wertvolle Anhaltpunkte für die „Auffassungsfähigkeit" und für die Wirkung der Ablenkung auf die Gedächtnisfunktionen gibt.

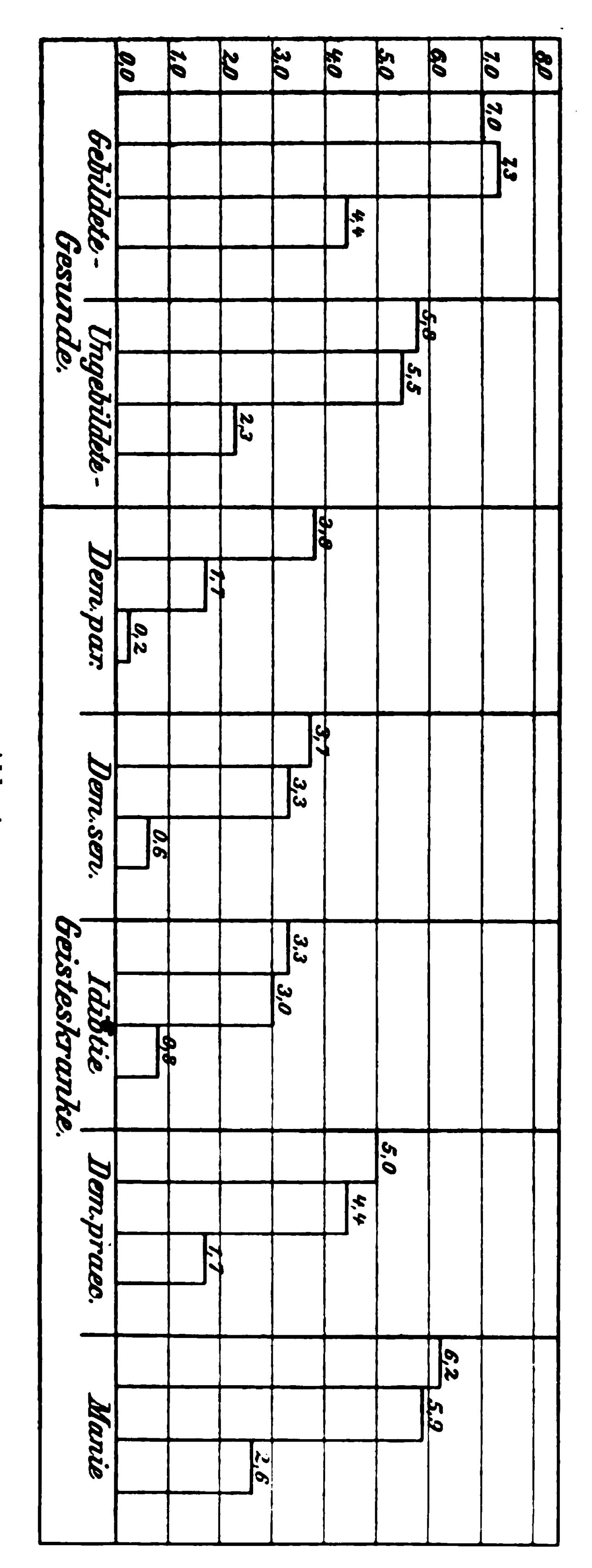


Abb. 1.

Die geringe Zahl so wenig umständlicher psychologisch - klinischer Untersuchungsmethoden läßt es wohl erwünscht erscheinen, einer jeden, die so gut anwendbar ist und mit so einfachen Mitteln arbeitet wie die erwähnte, eine sorgfältige Beachtung zu schenken, um sie nach Möglichkeit auszubilden.

In dieser Erkenntnis hatte *Vieregge* damals die Ausführung übernommen; die Methode und die Versuchsanordnung hatte im wesentlichen ich ihm empfohlen und angegeben.

Die Versuchsanordnung bildete das Resultat einer Reihe von Vorversuchen, auf die in der erwähnten Arbeit wohl kurz hingedeutet ist, deren zusammenhängende Veröffentlichung damals aber aus äußeren Gründen unterblieb.

Vieregge gab der Versuchsperson als Reiz eine Zahl aus dem folgenden Schema:

Gruppe	I			II			III			IV		
Ziffer	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c
Nr. 1	9	6	5	2	3	8	7	4	1	9	3	8
,, 2	2	5	6	9	8	3	5	4	2	1	7	6
,, 3	3	8	7	4	1	9	6	5	2	3	9	5
,, 4	5	6	2	8	3	5	4	2	1	7	6	9
,, 5	4	1	9	6	5	2	3	9	7	5	8	6
,, 6	6	2	8	3	5	4	2	1	7	6	9	5
,, 7	6	5	2	5	9	7	3	8	6	4	1	9
,, 8	2	8	3	5	4	2	1	7	9	6	5	2
,, 9	7	4	1	9	6	5	2	3	9	5	3	8
,, 10	8	3	5	4	2	7	1	9	6	5	2	4
,, 11	5	9	3	2	5	6	9	1	4	7	8	5
,, 12	6	5	3	7	2	5	3	8	2	3	4	9
,, 13	8	1	5	9	3	2	5	6	9	1	4	2
,, 14	5	3	7	6	5	2	8	2	3	9	4	2
,, 15	2	3	8	7	4	1	4	3	7	9	6	5
,, 16	3	7	6	2	4	5	7	9	1	3	6	8
,, 17	9	1	4	6	8	3	7	9	5	2	5	6
,, 18	4	5	9	1	8	9	6	7	2	7	8	6
,, 19	6	1	3	7	9	6	2	5	8	9	2	4
,, 20	7	4	8	9	2	6	4	7	2	2	9	5

Bei der Auswahl dieser Zahlen war sonderlich maßgebend, daß „assoziative Hilfen“ wie etwa bei 234 oder 111, vermieden wurden.

Beim Vorsprechen wurde ein die Ziffern miteinander verbindendes u n d (z. B. zweiundfünzig Milliarden, fünfhundert u n d siebenundneunzig Millionen, dreihundert u n d sechsundachtzig Tausend, vierhundert und neunzehn (Zahl 7. I. b des Schemas) ausgelassen, wo es sich um eine Verbindung der Hunderter mit den Zehnern und Einern in den Tausender-, den Millionen- und den Milliardengruppen handelte; dagegen wurde u n d mitgesprochen bei allen Verbindungen von Einern und Zehnern, sowie in der letzten Gruppe, der Hundertergruppe, auch zwischen Hunderten und Einern sowie Zehnern; z. B. Reizzahl 5. III. a: Dreihundertsiebenundneunzigtausend fünfhundertundsechsundachtzig.

Für das Aussprechen der Reize wurde die Zeit empirisch festgelegt, welche im Durchschnitt notwendig war, um zwölfstellige, neunstellige, sechsstellige und dreistellige Zahlen deutlich und klar verständlich vorzulesen; sie betrug:

für 12stellige	Zahlen	10,5	Sekunden
,, 9 ,,	,,	7,5	,,
,, 6 ,,	,,	4,5	,,
,, 3 ,,	,,	1,7.	,,

Die Zahlen mit einer dazwischen liegenden Ziffernzahl werden entsprechend langsamer oder schneller angegeben.

Es gelten diese Zahlen natürlich nur als ungefähre Anhaltpunkte, um eine gewisse Einheitlichkeit der Zeit der Reizgebung zu erreichen.

Wesentlich schwieriger war eine andere Frage der Technik der Versuchsanordnung zu beantworten: Sollen die Reize in aufsteigender Reihenfolge, von der kleinen zur größeren Zahl fortschreitend, gegeben werden oder umgekehrt?

Von größter prinzipieller Wichtigkeit war endlich die Frage, welche von den reproduzierten Zahlen als endgültig richtig ausgewählt werden sollte.

Diese letzte Frage ist natürlich die den Ausschlag gebende, und alle andern dienen mehr oder weniger direkt ihrer Beantwortung; daher ist eine zusammenhängende Betrachtung, in der sie den Ausgangpunkt bildet, wohl angebracht.

Gibt man einer erwachsenen, gesunden Versuchsperson als Reiz die Zahl 6 mit der Aufgabe, sie sofort oder nach kurzer Zeit zu reproduzieren, so wird ihr das unter gewöhnlichen Umständen anstandlos gelingen.

Steigert man die Anzahl der Ziffern, so wird die Reproduktion eine mehr und mehr ungleichmäßige sein, bis es bei etwa 9-, 10-, 12stelligen Zahlen überhaupt nicht mehr gelingt, alle Ziffern in richtiger Anordnung zusammenzubringen.

Gerade aber die Anzahl der als Zahl richtig reproduzierten Ziffern soll in den vorliegenden Versuchen den Maßstab abgeben für den Umfang und die Güte des Gedächtnisses, des Auffassungsumfanges, eventuell der Aufmerksamkeit usw.

Es fragt sich nun, welche von den reproduzierten Zahlen werden als brauchbar gewählt.

Das Einfachste wäre, man wählte die Zahl, welche immer richtig reproduziert wird; doch ergibt sich da sofort die Schwierigkeit, wo dieses „immer" begrenzt werden soll, da die Versuche natürlich nicht unbegrenzt lange fortgesetzt werden sollen, und weil infolge der Übung bei einer immer weiter fortgesetzten Zahl der Versuche die Zahl der richtig reproduzierten Reize an Umfang so lange zunehmen wird, bis die Ermüdung oder andere Erscheinungen, die aber alle erst sehr spät einsetzen, das Resultat etwas einheitlicher oder aber auch geringer und vielleicht unregelmäßig fallend gestalten.

Die Methode ist natürlich um so besser verwendbar, je geringer die Zahl der notwendigen Versuche ist. Das erwähnte „immer" wird also aus innerer Notwendigkeit eine gewisse Willkürlichkeit in seiner Umgrenzung enthalten müssen.

Nehmen wir nun an, daß diejenige Zahl als „immer richtig reprodu-



ziert“ gilt, die bei 20 Versuchen ohne Fehler angegeben wird. Nach allen unsern Erfahrungen werden wir sagen können, daß Zahlen mit einer kleineren Ziffernzahl unter sonst gleichen Verhältnissen ebenso „immer“, sagen wir — absolut richtig — reproduziert werden.

Steigern wir nun die Ziffernzahl immer mehr und mehr, so werden voraussichtlich von den 20 Reproduktionen entsprechend mehr falsch sein, bis schließlich eine Ziffernzahl erreicht wird, die in keiner der 20 Reproduktionen richtig wiedergegeben wird; diese Zahl stellt — sagen wir — die absolut falsche Zahl dar.

Es leuchtet wohl ohne weiteres ein, daß die absolut richtige Zahl einen zu kleinen, jedenfalls nicht erschöpfenden Umfang des noch auffaßbaren Zahlenmaterials angibt; das Umgekehrte ist bei der absolut falschen Zahl der Fall.

Graphisch dargestellt ergeben sich diese Verhältnisse in Form einer Kurve, deren Abszisse beispielweise die Anzahl der Ziffern, deren Koordinate die Anzahl der richtigen Lösungen angibt.

Solch eine Kurve ist in der Abbildung II dargestellt von einem Versuch am 16. 1. 1908:

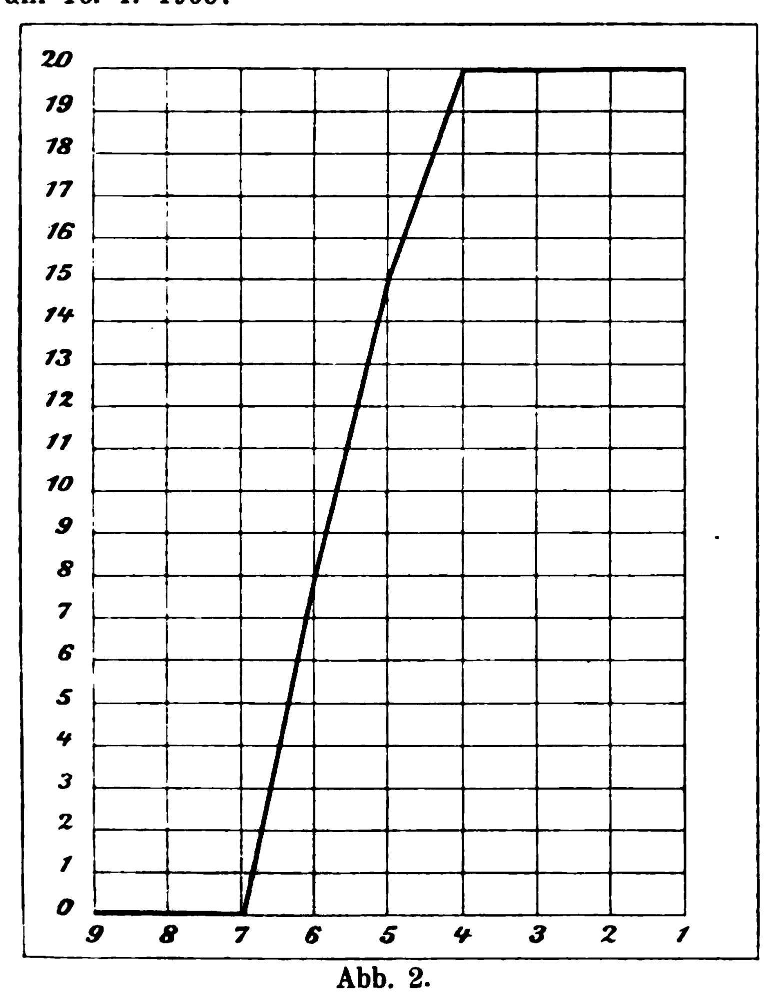


Abb. 2.



Die absolut richtige Zahl ist hier 4, die absolut falsche Zahl ist 7, eine sechsstellige Zahl wurde in acht von zwanzig Fällen, eine fünfstellige Zahl in fünfzehn von zwanzig Fällen richtig reproduziert.

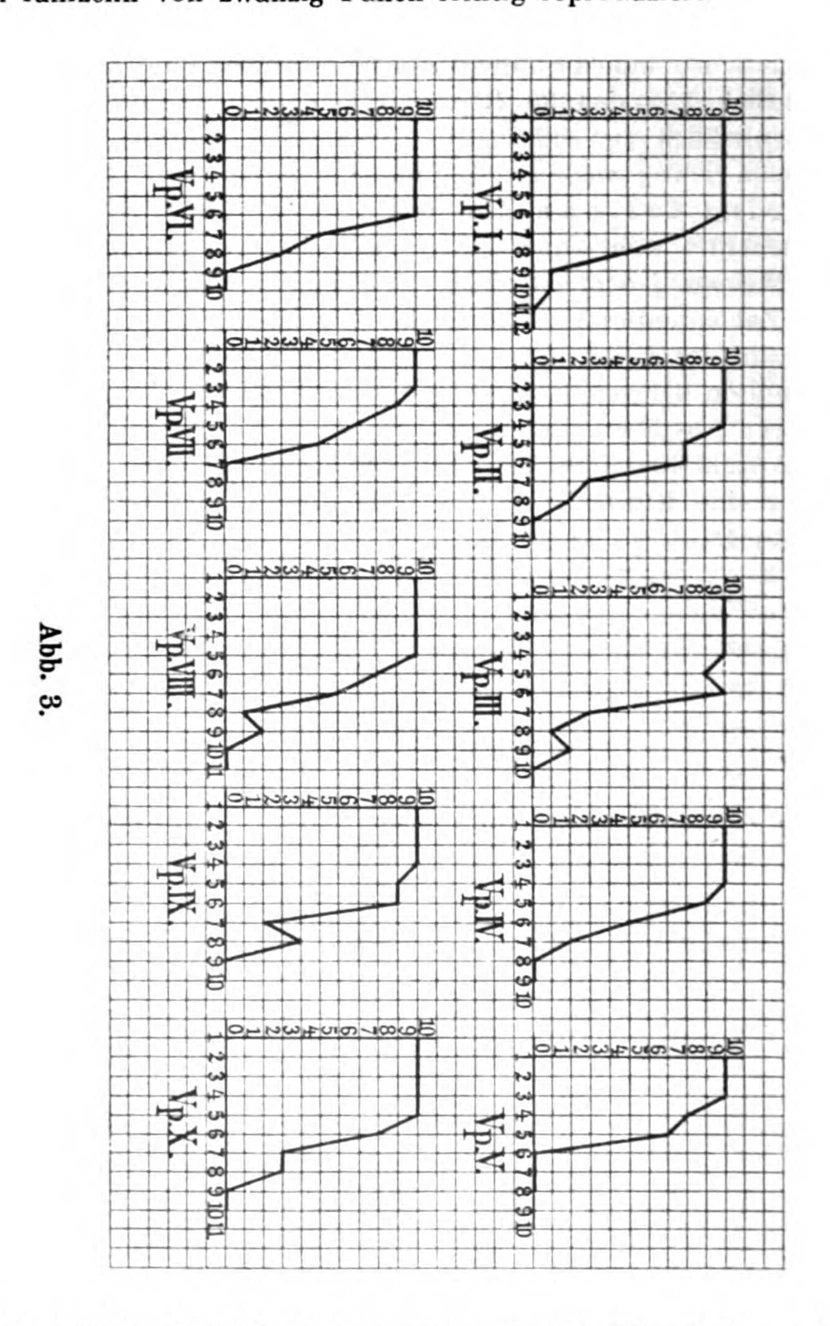


Abb. 3.

Diese Methode ist bei einer entsprechenden Verarbeitung der Resultate natürlich durchaus brauchbar. Sie gibt ein erschöpfendes Bild der tatsächlichen Verhältnisse und gestattet namentlich bei Heranziehung der Fehlerqualitäten u. a. die Erforschung sehr feiner psychologischer Eigentümlichkeiten und Gedächtnisphänomene. Doch haftet ihr der

Mangel an, daß sie recht umständlich für den klinischen Gebrauch ist; und die Abkürzung der Versuchzeit ist wohl eine Bedingung für die allgemeine Verwendbarkeit.

Die absolut richtige und die absolut falsche Zahl sind mit sehr viel weniger Fragen herausgefunden als mit den hier gestellten zwanzig; bei der absolut falschen muß natürlich schon die erste falsch sein und die zweite und die dritte; bei der richtigen liegen die Verhältnisse entsprechend, und man hört meist schon bei gebildeten Versuchspersonen einen eigentümlichen Ton, der einem Gefühl entspricht, das man auf Grund der Selbstbeobachtung wohl das „Sicherheitsgefühl" nennen kann, und der wohl darauf schließen läßt, ob man sich der richtigen Zahl nähert oder nicht.

Bei den dazwischen liegenden Zahlen ist die willkürlich gewählte Zahl von zwanzig Versuchen natürlich auch reichlich hoch bemessen; und es ist wesentlich, daß man bei einer kleineren Zahl von Versuchen auch noch die Wirkung der Übung besser wird hintenanhalten können als bei einer so großen Zahl.

Es wurde nun zur Untersuchung einer größeren Zahl von Versuchspersonen folgende Versuchsanordnung getroffen:

10 Versuchspersonen wurden nacheinander 10 einstellige, 10 zweistellige usw. Zahlen aus dem *Vieregge*schen Schema vorgesprochen mit der Aufgabe, sie sofort zu reproduzieren.

Die Registrierung fand in der schon geschilderten Weise statt. Es ergaben sich für die richtig reproduzierte Ziffernzahl die Kurven Abb. 3, S. 254.

Die entsprechenden Werte sind in Zahlen in der Tabelle 1 dargestellt:

Tabelle 1.

	Ziffernstellen der Reizzahl										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	r-Fälle										
Vp. I	10	10	10	10	10	10	8	5	1	1	0
Vp. II	10	10	10	10	8	8	3	2	0	0	0
Vp. III	10	10	10	9	10	3	1	2	0	0	0
Vp. IV	10	10	10	10	9	5	2	0	0	0	0
Vp. V	10	10	10	8	7	0	0	0	0	0	0
Vp. VI	10	10	10	10	10	10	5	3	0	0	0
Vp. VII	10	10	10	9	7	5	0	0	0	0	0
Vp. VIII	10	10	10	10	10	8	6	1	2	0	0
Vp. IX	10	10	10	10	9	9	2	4	0	0	0
Vp. X	10	10	10	10	10	8	3	3	0	0	0

Die kleinste absolut richtige Zahl ist 3 bei Vp. V und VII.
Die größte absolut richtige Zahl ist 6 bei Vp. I und VI.
Die größte absolut falsche Zahl ist 11 bei Vp. I.
Die kleinste absolut falsche Zahl ist 6 bei Vp. V.



Es handelt sich nun darum, in dieser Variationsbreite, die begrenzt wird von der absolut richtigen und der absolut falschen Zahl, diejenige zu bestimmen, die praktisch die richtige Zahl ist, die später bei der Darstellung des Auffassungsumfanges als maßgebend dienen soll.

Es ist bemerkenswert, daß die geringste Variationsbreite die Vp. V hat, die auch im übrigen das schlechteste Resultat ergab, und daß umgekehrt die größte Variationsbreite Vp. I hat, die absolut das beste Resultat gab.

Danach scheint jedenfalls die Variationsbreite mit der Abnahme der absoluten Leistung nicht etwa zuzunehmen, sondern es ist das Gegenteil der Fall. Wir dürfen also annehmen, daß bei einer absolut großen Zahl die Variationsbreite eine größere ist, und daß damit hier der vermutliche Fehler in mehr oder weniger entsprechendem Maße wächst.

Bei der absolut kleineren Zahl wird der wahrscheinliche Fehler entsprechend kleiner sein.

Die Verhältnisse des wahrscheinlichen Fehlers werden sich also bei absolut großen und absolut kleinen Zahlen relativ annähernd gleich sein.

Diese Beobachtung gestattet wohl einen Schluß auf die Exaktheit der Methode in günstigem Sinne.

Bei dem Abfall der Werte lassen sich weiter noch zwei verschiedene Arten des Abfallens erkennen: ein plötzlicher Abfall und ein allmählicher Abfall.

Einen Abfall von 10 zu 8 (Vp. I, II, V, VIII, X) wird man wohl einen allmählichen nennen können; einen Abfall von 5 zu 1 (Vp. I), von 8 zu 3 (Vp. II), von 10 zu 3 (Vp. III), von 9 zu 5 (Vp. IV), von 7 zu 0 (Vp. V), von 10 zu 5 (Vp. VI), von 5 zu 0 (Vp. VII), von 6 zu 1 (Vp. VIII), von 9 zu 2 (Vp. IX), von 8 zu 3 (Vp. X) muß man im Verhältnis zu dem früheren als einen plötzlichen bezeichnen.

Beide Formen des Abfallens verlangen naturgemäß eine verschiedene Wertung. Die Umgrenzung des Bewußtseinsumfanges, der Auffassungsmöglichkeit ist zwischen den Zahlen dieses plötzlichen Abfalles zu suchen. Dann engt sich aber die Auswahl unter den Zahlenergebnissen ganz erheblich ein; und man nähert sich den tatsächlichen Verhältnissen wohl sehr, wenn man annimmt, daß der durchschnittliche Umfang für die Auffassung und Reproduktion zwischen diesen beiden Werten in der Weise liegt, daß er sich um so mehr der größeren der beiden Zahlen nähert, je kleiner der Unterschied ist.

Damit ist aber ein Gewinn bezüglich der Genauigkeit und der Eindeutigkeit des Zahlenresultates erzielt.

Bezeichnen wir die Neigung zum höheren Wert mit +, die Neigung zum niederen Wert, der hier die tatsächlich angegebene Zahl ist, mit —, so würden sich für den Auffassungs- und Reproduktionsumfang der untersuchten Personen folgende Zahlen ergeben: Vp. I: 8(—), Vp. II: 6 (—), Vp. III: 5(—), Vp. IV: 5(+), Vp. V: 5(—), Vp. VI: 6(—), Vp. VII: 6(—),



Vp. VIII: 7(—), Vp. IX: 6(—), Vp. X: 6(+). Schon bei diesem Versuch ist es gelegentlich zweifelhaft, ob man nicht besser die einfache Zahl ohne die Einschränkung mit dem +- und — -Zeichen nimmt.

Auch das starke Überwiegen des —-Zeichens, daß also die angegebene Zahl als die maßgebende bezeichnet, deutet darauf hin, daß die Exaktheit der Resultate der Methode schon bei dieser Versuchsanordnung eine größere ist, als man beim ersten Blick auf die vielen scheinbar abweichenden Zahlen erwarten könnte.

Es fragt sich nun, ob es nicht möglich ist, auf Grund der Erfahrungen, die wir der experimentell psychologischen Arbeit auf anderen Gebieten entnehmen, die Methode so zu gestalten, daß ihre Ergebnisse noch eindeutiger sind.

Der Grund für die Mehrdeutigkeit der Resultate, für die mangelnde Exaktheit der Ergebnisse ist die Tatsache der „Streuung" der Werte, der relativ großen Variationsbreite.

Solche Streuung hat sehr häufig bei psychologischen Experimenten ihre Ursache in „apperzeptiven Schwankungen", in Schwankungen der Aufmerksamkeitspannung. Bei den hier in Frage kommenden Verhältnissen dürften diese Schwankungen aber nur kleinere Streuungsbreiten ergeben. Das wohl beste Beispiel aus dem vorliegenden Material ist das Untersuchungsergebnis bei Vp. III für die 5stellige Zahl; hier finden sich nur 9 richtige Lösungen, während bei der 6stelligen Zahl die Reproduktion wieder in 10 Fällen richtig war.

Aus den Untersuchungen über die „Arbeitkurve" wissen wir, daß große, stetig gesetzmäßige Schwankungen der Leistungen im Sinne der Herabsetzung bedingt werden durch das Ermüdungsphänomen. Auch die Reproduktion einer Zahl stellt eine Arbeit dar und in der hier angewandten Versuchsanordnung eine „fortlaufende" Arbeit. Die Wirkung der Ermüdung anzunehmen sind wir vielleicht berechtigt bei einem Abfall von 10 zu 8 und ähnlichem.

Das weitaus wichtigste hier in Betracht kommende Arbeitphänomen aber ist das der Übung. Ihre Erscheinungen sind allerdings auf diesem engen Gebiete des Zahlengedächtnisses noch nicht so eingehend durchforscht, wie auf manchem anderen Gebiete, z. B. dem des fortlaufenden Addierens; immerhin aber dürften wir berechtigt sein, einige der in den vorliegenden Versuchsergebnissen zutage getretenen Erscheinungen mit diesen Übungsphänomenen in einen ursächlichen Zusammenhang zu bringen. Es handelt sich um solch eine Übungswirkung z. B. bei den Vp. III, VIII und IX bezüglich des Steigens der Werte in den letzten Versuchsreihen von 1 auf 2, resp. 2 auf 4 r-Fälle.

Gelingt es nun, diese störenden Faktoren: Aufmerksamkeitschwankungen, Ermüdung und Übung, auszuschalten oder wenigstens herabzusetzen, so würden die Resultate voraussichtlich einfacher, eindeutiger und exakter werden.



Die eingehendsten Betrachtungen erfordert die Hintenanhaltung der Übungswirkung.

Schon die allgemeine Vertrautheit mit den hier verlangten Vornahmen, dem einfachen Nachsprechen einer vorgesprochenen Zahl, läßt

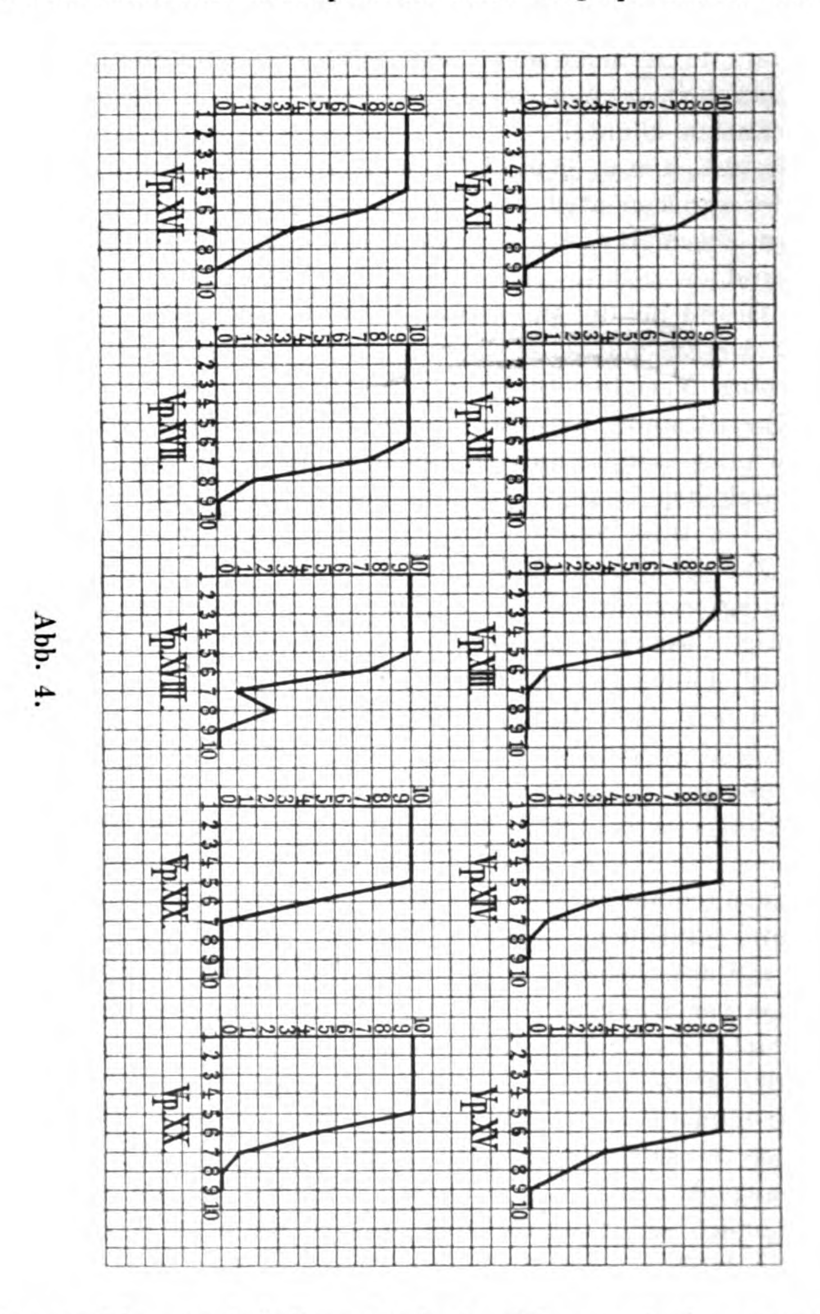


Abb. 4.

diese Übungswirkungen bei dieser Methode nicht so sehr hervortreten, als bei anderen Methoden, die in der Formulierung ihrer Aufgaben oft recht Ungewohntes, ja Neues bedeuten für den zu Untersuchenden, und die bei sorgfältigem Arbeiten auch einen umfangreichen Apparat erfordern.

Es gibt hier aber noch ein so einfaches Mittel, um die Übungswirkung herabzusetzen, daß seine Anwendung fast selbstverständlich scheint. In den erwähnten Versuchsreihen wurden den Versuchspersonen zunächst einstellige Zahlen als Reize gegeben, dann zweistellige usf.; die Vp. wurde also sozusagen für die größere Aufgabe planmäßig vorbereitet. Diese Vorbereitung fällt natürlich viel weniger wirksam aus, wenn man mit den größeren Reizen, die womöglich jenseits der absolut falschen Zahl liegen, beginnt; also an Stelle der aufsteigenden Reizreihe die absteigende Reizreihe wählt.

In dieser Versuchsanordnung wurden die 10 folgenden Versuchspersonen untersucht.

Das ergab die folgenden (Tabelle 2 u. Abb. 4, S. 258) Resultate:

Tabelle 2.

	Ziffernstellen der Reizzahl:						
	9	8	7	6	5	4	3
	r-Fälle:						
Vp. XI	0	2	8	10	10	10	10
Vp. XII	0	0	0	0	4	10	10
Vp. XIII	0	0	0	1	6	9	10
Vp. XIV	0	0	1	4	10	10	10
Vp. XV	0	2	4	10	10	10	10
Vp. XVI	0	2	4	8	10	10	10
Vp. XVII	0	2	8	10	10	10	10
Vp. XVIII	0	3	1	8	10	10	10
Vp. XIX	0	0	0	5	10	10	10
Vp. XX	0	0	1	5	10	10	10

Die kleinste absolut richtige Zahl ist 3.
Die größte absolut richtige Zahl ist 6.
Die kleinste absolut falsche Zahl ist 6.
Die größte absolut falsche Zahl ist 9.

Die Variationsbreite ist hier aber eindeutig geringer als bei der vorigen Versuchsanordnung: Während sie dort zwischen 5 und 2 Werten schwankte, schwankt sie hier nur zwischen 1 und 3 Werten.

Ein etwas verschwommenes Resultat hat die Versuchsperson XVIII ergeben. Das ist aber so zustande gekommen, daß diese Versuchsperson mit ungleichmäßiger Aufmerksamkeitspannung arbeitete. Bei den siebenstelligen Zahlen ist z. B. der Fehler überall fast nur an einer Stelle der Zahl. Bei der zeitweise offenbaren Überanstrengung traten hier außerdem bald auch die Wirkungen der Ermüdung deutlich zutage. Diese Versuchsperson hätte unter andern Verhältnissen die siebenstellige Zahl wohl in etwa 7 der 10 Fälle richtig reproduziert. Der Durchschnittwert



läge dann also zwischen der sieben- und achtstelligen Zahl mit starker Neigung zur siebenstelligen.

Es würden sich hier bei den einzelnen Versuchspersonen die folgenden Werte ergeben:

Vp. XI: 7 (—), Vp. XII: 4 (—), Vp. XIII: 5 (—), Vp. XIV: 5 (—), Vp. XV: 6 (—), Vp. XVI: 6 (+), Vp. XVII: 7 (—), Vp. XVIII: 7 (— vgl. oben), Vp. XIX: 6, Vp. XX: 6.

Danach hat sich also auch hier im praktischen Versuch ergeben, daß bei einer Prüfung unter Anwendung der fallenden Reizreihe die Variationsbreite erheblich vermindert wird, und daß damit die Eindeutigkeit der Resultate bedeutend gewinnt.

Die Wirkung der apperzeptiven Schwankungen kann herabgesetzt werden durch Einhaltung möglichster Ruhe bei den Versuchen, durch möglichst gleichmäßige Reizgebung bezüglich Zeit und Ton beim Aussprechen der Reizzahl; dann aber vor allem durch eine so kurze Versuchszeit als nur irgend möglich; denn es ist natürlich leichter für nur kurze Zeit die Aufmerksamkeit gespannt zu erhalten, als für längere.

Eine möglichste Abkürzung der Versuchszeit setzt auch die Wirkung der Ermüdung herab, die noch dadurch wesentlich gemildert werden kann, daß man die einzelnen Reize in kleinen Zeitabständen und nicht sofort nach Beendigung des vorigen Versuchs gibt. Auch das Signal „Achtung" vor der Reizgabe bewährt sich hier und zur Verminderung der Aufmerksamkeitschwankungen recht gut.

Bei solchen, eigentlich selbstverständlichen Vorsichtmaßregeln scheint die Wirkung der Ermüdung bei diesen Versuchen bei gesunden Versuchspersonen eine nur ganz nebensächliche Rolle zu spielen; auch das hängt natürlich damit zusammen, daß Zahlen etwas so durchweg Bekanntes sind, und daß das Nachsprechen zu den einfachsten Manipulationen gehört, die wir kennen.

Trotz alledem waren doch aber auch bei den Versuchsreihen mit fallender Reizreihe Zeichen von Übung, Ermüdung und Aufmerksamkeitschwankungen aufgetreten, die eine noch weitere Verbesserung erwünscht erscheinen ließen.

Ganz werden sich diese Wirkungen natürlich nicht vermeiden lassen: waren aber für die methodische Bearbeitung der Fragen nach der Verwendung der steigenden oder fallenden Reizreihe Versuchsreihen von 10 Einzelversuchen nötig, so genügten für die praktische Ausführung der Methode offenbar schon Reihen von 5 Einzelversuchen. Damit konnte man wohl die Ermüdungswirkung fast ganz ausschalten, verminderte die Übungsfolgen noch um ein Wesentliches und gestaltete auch für die Aufmerksamkeitspannung die Verhältnisse noch günstiger.

Für die Auswahl des gesuchten Durchschnittwertes ergab sich nun die bequeme rechnerische Festlegung, daß man bei 3 und mehr richtigen Werten die Reizzahl wählte, bei zwei oder einem richtigen Wert im all-



gemeinen die nächst kleinere. Folgten die beiden richtigen Reproduktionen vielleicht gerade den beiden letzten der gegebenen Reize und wurden sie mit besonderer Exaktheit und Promptheit wiedergegeben, so könnte man wohl auch die Ziffernzahl dieser Reize wählen, wenn man nicht vorzieht, noch eine weitere Versuchsreihe von fünf Reizen zu gewinnen. Bedient man sich dann, um noch ein übriges zu tun, des +- und —-Zeichens, so ist der mögliche Fehler von einer Stelle des weiteren so eingeschränkt, daß er praktisch wohl kaum in Frage kommt.

Der erste Teil der Untersuchung, die „sofortige Reproduktion" der gegebenen Reizzahl, vollzieht sich also in folgender Weise:

Man spricht der Versuchsperson, dem zu untersuchenden Patienten, eine Zahl aus dem Schema oder eine entsprechend gewählte andere als Reiz vor, die voraussichtlich größer ist, als die „absolut falsche Zahl" oder sich dieser möglichst nähert. Unter Berücksichtigung persönlicher Eigentümlichkeiten kann man mit ungefährer Allgemeinheit als solch eine Zahl bei „aufgeweckten", „gebildeten" Personen etwa eine neunstellige wählen, bei anderen etwa eine achtstellige Zahl.

Waren nun alle fünf Antworten richtig, r-Fälle, so schreitet man zur nächst größeren; waren dagegen nur 3 bis 4 Lösungen richtig, so nimmt man die Ziffernzahl der gegebenen Reizzahl als richtige Zahl zur Darstellung des Umfanges der Auffassung an. Waren keine, nur eine oder zwei Reproduktionen richtig, so geht man zu der nächstkleineren Ziffernzahl über und setzt hier die Untersuchungen fort, bis man dann so zu dem erwähnten Resultat kommt.

Mit diesen Untersuchungen ist die Frage über die Auswahl unter den richtig reproduzierten Zahlen beantwortet. Man hat mit dieser Zahl einen einfach darstellbaren, relativ exakt festgelegten Reiz gewonnen, den man durch Vermehrung oder Verminderung der Ziffernzahl sehr bequem und in sehr weitem Umfange einer beliebigen Zahl von Variierungen unterwerfen kann, deren Einwirkungen unter bekannten Versuchsbedingungen man bei der Versuchsperson — experimentell — nachzuprüfen und zu erforschen vermag.

Die Bequemlichkeit der Anwendung, die Variierbarkeit der Reize und ihre leichte Registrierbarkeit läßt diese Methode in hohem Grade geeignet zur Erforschung von Gedächtnisphänomenen bei Geisteskranken erscheinen. Natürlich verlangt schon die bisher behandelte Versuchstechnik eine wesentliche Betätigung der Gedächtnisfunktionen;

indes sind wir wohl allgemein in der experimentellen Psychologie gewöhnt, Versuche mit „sofortiger“ Reproduktion in erster Linie in Beziehung zu den Funktionen der „Auffassung“ zu bringen.

Für „Gedächtnisprüfungen“ oder in der in der klinischen Psychiatrie gewohnten Bezeichnung gewisser Teilfunktionen des Gedächtnisses, für „Merkfähigkeitsprüfungen“ sind mehr geeignet Versuche, die dem Gedächtnis einen größeren Zeitumfang zu seiner Betätigung gewähren. In dem vorliegenden Falle kamen dafür Pausen in Betracht zwischen der Reizgebung und der Reproduktion.

Es entstand nun die Frage, welche Zeit hier am besten als Pause gewählt wurde.

Aus früheren Untersuchungen war es bekannt, daß keineswegs immer bei sofortiger Reproduktion die besten Resultate erzielt werden, vielmehr steigt die Zahl der reproduzierbaren Reize nach einem mehr oder weniger Zeit umfassenden Zwischenraum. Dieser Zwischenraum ist in wesentlichem Maße abhängig von der Qualität der Reize. *Wundt* fand bei Reproduktion einfacher Töne oder einfacher Gesichtsobjekte eine solche „günstige Pause“ nach 2 oder wenig mehr Sekunden.

Die hier angewandten Zahlen stellen nun allerdings nicht einfache Gehörsobjekte dar. Es erschien daher notwendig, diese Verhältnisse der günstigsten Pause für die Reproduktion auch für so geartete Reize in besonderen Versuchsreihen zu prüfen; — wie es sich später herausstellte, nicht in erster Linie, um die Zeit genau abzugrenzen, sondern mehr, um ein allgemeines Bild über diese Schwankungen zu gewinnen.

Mit den hier verwandten Zahlen ließen sich solche Versuche nicht recht vorteilhaft einrichten: Bei der Verwendung vielstelliger Zahlen hätten die Übungserscheinungen das Bild so sehr verwischt, daß nur außerordentlich lange Reihen, die ein Arbeiten im „Übungsmaximum“ zu gewährleisten schienen, in Betracht kamen. Dieses Übungsmaximum bei Zahlenreproduktionen ist aber so wenig untersucht, daß irgendwelche Fragen hierüber eine ganz eigene, gesonderte Bearbeitung erfordert hätten. Nach den bisherigen Erfahrungen dürfte auch dieses Übungsmaximum bei Zahlenreproduktionen noch so schwankende Werte aufweisen, das hieraus weitere Bedenken erwuchsen.

Die Anwendung von Ziffern hätte ein zu kleines Feld von Variationsmöglichkeiten ergeben, ein Umstand, auf den schon *Ebbinghaus* aufmerksam gemacht. Auch ist der Unterschied zwischen den Gedächtnisreaktionen bei Ziffern und Zahlen infolge der assoziativen Momente ein



so prinzipieller und großer, daß eine völlige Identifizierung der Resultate doch nicht angängig erscheint.

So wurde schließlich der Ausweg gewählt, eine andere Methode heranzuziehen, die am Ende noch die wenigsten Bedenken zu haben schien und wegen der Einfachheit der Anwendung manchen Vorzug verdiente. Die Methode visueller Buchstabenreize nach Art der von *Kraepelin-Finzi* eingeführten Reizkärtchen für den „*Finzi*apparat"; jedoch in der weiteren Modifikation, daß an Stelle der dort maschinell in das Gesichtsfeld gebrachten *Finzi*schen Reize 8 cm Quadratkante messende Karten mit 9 besonders ausgewählten Buchstabenreizen der Versuchsperson 5 Sekunden exponiert wurden mit der Aufgabe, sie einmal sofort, dann nach 15 Sekunden, nach 30 und nach 60 Sekunden zu reproduzieren.

Die Buchstaben auf den Karten waren in einer Letternhöhe von 8 mm in kräftigem Druck gewählt und symmetrisch in drei Reihen zu je dreien angeordnet. Die Exposition fand statt, indem man die Karte vor die Versuchsperson auf den Tisch legte. Nach 5 Sekunden wurde dann die Karte verdeckt oder ganz entfernt, und die Versuchsperson aufgefordert, entweder jetzt oder nach den erwähnten Pausen auf einem leeren Blatt, das entsprechend in neun Felder geteilt war, die in ihrem Gedächtnis haftenden Buchstaben in ihrer Position auf den Karten anzugeben.

Das Versuchsergebnis stellt sich unter Hervorhebung nur der wesentlich hier in Betracht kommenden Punkte für einen ausgewählten, typischen Versuch von 6 Versuchsreihen folgendermaßen dar:

Es wurden richtig reproduziert:

sofort	nach 5″	nach 15″	nach 30″	nach 60″
6	4	9	9	3
5	9	9	7	6
7	9	9	7	6
5	9	9	9	5
8	9	9	9	9
9	9	9	9	9

Im ganzen wurden also richtig reproduziert:

sofort: 40 Buchstaben
nach 5″: 49 Buchstaben
nach 15″: 54 Buchstaben
nach 30″: 48 Buchstaben
nach 60″: 38 Buchstaben.

Man kann hiernach sagen, daß nach 60 Sekunden die Wirkung der günstigsten Pause abzublassen beginnt, und daß sich um diese Zeit die Resultate etwa ähnlich denen bei sofortiger Reproduktion verhalten. Diese sehr approximative Untersuchung war für die spätere Auswahl einer Pause von einer Minute zwar nicht maßgebend, bot aber doch recht wertvolle Anhaltpunkte dafür.



Entscheidend war vielmehr am Ende die praktische Rücksichtnahme auf die vorteilhafte Anordnung des folgenden Versuches. In ihm sollte die Wirkung der Ablenkung (Lektüre, Rückwärtszählen von Metronomschlägen, Unterhaltung usw.) auf die Reproduktion untersucht werden. Diese Ablenkung erfordert zu der „Einstellung" darauf — sowohl für die Versuchsperson als auch für den Versuchsleiter — einige Zeit, sei es nun, daß als Ablenkung Lektüre, Zählen von Metronomschlägen oder einfache Unterhaltung gewählt wird. Diese Zeit der Einstellung nimmt bei einer Pause von nur etwa 30 Sekunden einen verhältnismäßig so großen Teil des gesamten zur Verfügung stehenden Zeitraumes in Anspruch, daß für eine recht gleichmäßige Wirkung der Ablenkung eigentlich zu wenig übrig bleibt. Eine so kurze Pause würde deshalb leicht zum Überhasten der Versuche beitragen. Aus diesem Grunde namentlich schien es vorteilhaft, für die Ablenkungsversuche eine Pausenzeit von einer Minute zu wählen.

Da nun für die Pausenversuche ohne Ablenkung ein möglichst ebenmäßiges Vergleichmaterial erwünscht war, so wurde auch für diese Versuche dieselbe Pause von einer Minute gewählt; eine Wahl, für die sich aus den erwähnten Pausenversuchen mit Buchstabenreizen Bedenken nicht ergaben.

Die Auswahl unter den richtig reproduzierten Zahlen wurde natürlich nach den gleichen Gesichtspunkten vorgenommen wie bei den Untersuchungen mit sofortiger Reproduktion.

Wurde etwa bei einzelnen Patienten auch eine einstellige Zahl nach einer Minute nicht mehr richtig reproduziert, so wird nach einer modifizierten Registriermethode und Versuchsanordnung verfahren, die sich eng und selbverständlich der gewöhnlichen anschließen: An der Stelle der einfachen Ziffer wird dann ein Bruch gewählt, indem man experimentell die Zeit bestimmt, in der eine einstellige Zahl noch richtig reproduziert wird; der Bruch gibt dann die Bruchteile der Minute an, die durch die erhaltene Zahl bestimmt werden.

So bedeutet $^1/_{10}$: eine einstellige Zahl wird nach 6 Sek. = $^1/_{10}$ Minute noch richtig reproduziert.

Gewöhnlich stellt das Resultat der Untersuchungen sich dar in der Form von drei im allgemeinen einstelligen Ziffern, von denen die erste die Anzahl der Ziffern derjenigen Zahl angibt, die sofort reproduziert wird, die zweite die Anzahl der Ziffern derjenigen Zahl, die nach einer



Minute ohne Ablenkung richtig wiedergegeben wird; und die dritte Ziffer endlich bezeichnet die Ziffernanzahl der Zahl, die noch nach einer Minute mit Ablenkung richtig reproduziert wird.

An Einfachheit und Übersichtlichkeit läßt diese Form des Resultates der Untersuchung einer besonders für den Psychiater so wichtigen Funktion, wie sie das Gedächtnis, wenn hier auch nur das „Zahlengedächtnis", darstellt, sich wohl kaum übertreffen.

Ein Prinzip der Methode verlangt noch eine besondere und etwas eingehende Betrachtung: Die Wahl der Zahl und nicht der Ziffernreihe als Reiz.

Vieregge weist mit Recht darauf hin, daß die Zahl gegenüber der Ziffernreihe den Vorzug des Gewohnten für die Versuchsperson und damit auf die Übungswirkung vermindernden Einfluß hat.

Einer experimentellen Untersuchung solcher Fragen stellen sich prinzipielle Schwierigkeiten nicht in den Weg. Es wurden demgemäß einige Versuche zur ergänzenden Klärung vorgenommen:

Um für die Ziffern- und Zahlenreize möglichste Gleichmäßigkeit der Übungsverhältnisse herzustellen, wurden keine der in den vorigen Versuchen untersuchten Personen herangezogen. Die Reize wurden ferner aus dem gleichen Grunde abwechselnd in zahlenmäßiger, dann in zifferreihenmäßiger Anordnung gegeben.

Um der Methode wegen möglichste Planmäßigkeit einzuhalten, wurde die aufsteigende Reizreihe gewählt, bei jeder Versuchsperson also mit einstelligen Zahlen oder Ziffern begonnen.

Jede einzelne Versuchsreihe umfaßte 20 Reize, also 10 in Zahlen, 10 in Zifferreihen, die dem im Beginn dieser Arbeit angegebenen Schema entnommen wurden. Auch bezüglich der Zeit wurden die dort angegebenen Sekunden für die einzelnen Reizgrößen nach Möglichkeit eingehalten. Die Ziffern wurden wenn möglich bei der Tongebung in Gruppen von je drei zusammengefaßt. In den folgenden Tabellen sind die richtig reproduzierten Zahlen und Zifferreihen wiedergegeben:

Tabelle 3.

Zahlenreize. Stellenzahl:	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Vp. I	10	10	10	10	7	4	2	0	0
Vp. II	10	10	10	10	8	7	4	2	0
Vp. III	10	10	10	5	1	0	0	0	0
Vp. IV	10	10	10	9	7	0	0	0	0
Vp. V	10	8	9	3	0	0	0	0	0

Zifferreihen. Stellenzahl:	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Vp. I	10	10	9	8	3	8	5	1	0	0	0	0	0
Vp. II	10	10	10	10	10	10	8	6	7	3	4	1	0
Vp. III	10	10	10	7	5	3	0	0	0	0	0	0	0
Vp. IV	10	8	9	9	7	4	4	0	0	0	0	0	0
Vp. V	10	6	5	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Nach diesen Zahlen scheint der Umfang für die Reproduktionsmöglichkeit für Zifferreihen ein größerer zu sein als für Zahlen; hierfür sprechen die Ergebnisse eindeutig.

Mit diesem größeren Auffassungsumfang wächst aber auch die Größe der Variationsbreite und zwar in solchem Maße, daß die Zahlenreize wohl unzweifelhaft den Vorzug verdienen, da sie die Möglichkeit einer erheblich größeren Exaktheit der Resultate ergeben.

Zur klaren Darstellung dieser Verhältnisse seien im folgenden noch die Variationsbreiten der beiden Methoden nebeneinandergestellt:

Variationsbreiten:
Za. = Zahlenreize.
Zi. = Ziffernreize.

	Zi.	Za.
Vp. I	3	6
Vp. II	4	6
Vp. III	2	3
Vp. IV	2	6
Vp. V	3	3

Eine weitere Behandlung erfuhr die Frage, ob die Reproduktion der Zifferreihen beeinflußt wurde durch Modifikationen der Gruppierung und Betonung bei der Reizgebung.

Der Versuch wurde so angeordnet, daß der Versuchsperson neunstellige Zifferreihen abwechselnd in Gruppierung zu dreien und mit entsprechend variierter Betonung und danach ohne solche Gruppierung und in gleichmäßiger Tongebung vorgesprochen wurden. Von jeder Art wurden 10 Reize gegeben.

Von den in Gruppierung gegebenen Reizen wurden alle 10 richtig reproduziert.

Von den ohne Gruppierung gegebenen wurden nur 2 richtig, 8 dagegen falsch wiedergegeben.

Dieses Resultat war durchaus eindeutig; es entsprach auch vollkommen den Erfahrungen anderer (*Ebbinghaus*), der Selbstbeobachtung der Versuchsperson sowohl als auch des Versuchleiters und endlich der alltäglichen Erfahrung, daß von weiteren Untersuchungen für den vorliegenden Zweck Abstand genommen werden konnte.



Die Zahl ist einer Beeinflussung durch diese Momente in viel geringerem Maße ausgesetzt. Sie stellt wohl, der gewohnheitmäßigen Erfahrung entnommen, schon in sich eine der praktischsten Gruppierungen dar. Die Zusammenfassung von je drei Ziffern zu der gewöhnlichen Zahlengruppe aber läßt für die Betonung dieser einzelnen Gruppen hier nur sehr wenig Spielraum, da meist ja nur zwei oder höchstens drei solcher Gruppen in Betracht kommen.

Die Verwendung der Zahl bot ferner für die spätere Verarbeitung der Fehler so mannigfache Vorzüge gegenüber der Ziffernzusammenfassung, daß auch dies eindeutig für ihre Verwendung als Reiz sprach.

Literatur.

In der psychiatrischen Literatur ist die Verwendung von Zahlen und Ziffern zur Darstellung von Störungen des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit etwas so Gewohntes, daß es wohl keines Hinweises im einzelnen bedarf.

Hier kamen außer den bei *Vieregge* gegebenen Arbeiten als wertvoll in Betracht:

Ebbinghaus, Über eine neue Methode zur Prüfung geistiger Fähigkeiten. Hamburg und Leipzig 1897.

Finzi, Zur Untersuchung der Auffassungfähigkeit und Merkfähigkeit. *Kraepelin*, Psychol. Arbeiten, Bd. III, S. 289.

Hilliez, La continuité de la mémoire immédiate de chiffres et de nombres en série auditive.

Lobsien, Über das Wesen der Zahl.

Flournay, Sur l'association des chiffres chez les divers individus.

Meumann, Experimente über Ökonomie und Technik des Auswendiglernens.

A. Binet, Notes complémentaires sur M. Jaques Inaudi.

Charcot et *Binet*, Un calculateur du type visuelle.

Binet et *Henri*, La simulation de la mémoire des chiffres.



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

87. ordentliche Generalversammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 11. November 1911 in Bonn.

Anwesend sind die Mitglieder: *Adams*, *Bastin*, *Baumann*, *Behrendt*, *Berg*, *Beyer*, *Beyerhaus*, *Brockhaus*, *Buddeberg*, *Dannehl*, *v. Ehrenwall*, *Fabricius*, *E. Förster*, *Gerhartz*, *Giesler*, *Günther*, *Hennes*, *Herting*, *Herzfeld*, *Höstermann*, *Hübner*, *Laber*, *Landerer*, *Liebmann*, *Lohmer*, *Mappes*, *Mörchen*, *Oebeke*, *Pelman*, *Peretti*, *Pfahl*, *Rademacher*, *Raether*, *Rülf*, *Schaumburg*, *Schöbel*, *Schütte*, *Siebert*, *Sioli*, *Stertz*, *Thomsen*, *Tippel*, *Umpfenbach*, *van Husen*, *Voß*, *Wassermeyer*, *G. Werner*-Bedburg, *P. Werner*-Andernach, *Westphal*.

Als Gäste sind anwesend: Dr. *Kellner* und Dr. *Recktenwald*-Süchteln. Der stellvertretende Vorsitzende, Geh. San.-Rat *Oebeke*, begrüßt die Erschienenen und teilt mit, daß der Stabsarzt Dr. *Wagner*, wegen Versetzung nach Berlin, aus dem Verein ausgeschieden ist. Prof. *Westphal* hat den Psychiatrischen Verein der Rheinprovinz auf dem Kriminal-Anthropologischen Kongreß in Köln vertreten.

Durch Akklamation wird der bisherige Vorstand (*Pelman*, *Oebeke*, *Umpfenbach*, *Thomsen*, *Westphal*) wiedergewählt.

In den Verein werden aufgenommen: Dr. *Grisar*-Koblenz, Reg.- und Geh. Med.-Rat, Dr. *Laber*-Godesberg, II. Arzt der Kur- und Kaltwasseranstalt „Godesberg", Dr. *Rülf*-Bonn, prakt. Arzt, und Dr. *G. Werner*-Bedburg, Anstaltsarzt der Prov.-Heil- und Pflege-Anstalt.

Zur Aufnahme in den Verein melden sich: Dr. *Kellner*-Süchteln, Anstaltsarzt der Prov.-Heilanstalt Johannistal, Dr. *Recktenwald*-Süchteln, Assistenzarzt der Prov.-Heilanstalt.

Es folgen die Vorträge und Demonstrationen:

Witte-Grafenberg: Demonstration von Mikrophotographien und Photographien anatomischer Präparate.

1. **Gefäßveränderungen bei Gehirntumoren** a) bei einer sarkomatösen Mischgeschwulst des linken Schläfenlappens und b) bei einem Sarkom des linken Ammonshorns. Man sieht Gefäßbündel,



Gefäßknäuel, drusenähnliche Gruppen von Gefäßen, Vermehrung der Gefäße bis zur Angiombildung und Gefäßvermehrung mit besonders lebhafter Beteiligung der adventitiellen Elemente. In manchen Arterien findet sich eine lebhafte Wucherung der Intima, auch mit gleichzeitig stattfindender Zerklüftung und Durchsetzung dieses Gefäßteils mit kleinen Lumina. Die Elastica interna der Arterien ist zart und besonders in den kleinsten Arterien zerbröckelt; eine Aufsplitterung derselben und dergl. ist nicht nachweisbar. Die Venen sind vielfach sehr breit und bilden in ihrem Lumen Lücken und Buchten. In der Nachbarschaft des Tumors erblickt man Arterien, deren dem Tumor benachbarte Wand durch starke Entwicklung der Media verdickt ist, während die entgegengesetzte Wand dünn und in Falten gelegt ist, so daß das Lumen ganz unregelmäßig erscheint.

2. Ein Fall von Lues cerebri mit Diabetes insipidus. Es bestehen gummöse und endarteriitische Veränderungen der Pia und der Rinde des Großhirns sowie der Basis cerebri mit besonders starker Beteiligung der Oblongata; ihre ganze Oberfläche, auch am 4. Ventrikel, ist durchsetzt von kleinen gummösen Herden, die auch in der Tiefe neben reichlicher Infiltration der Gefäße mit Lymphozyten und vereinzelten Plasmazellen nachweisbar sind. Diese Veränderungen der Oblongata sind wohl als Ursache des Diabetes insipidus anzusehen.

3. Angeborene, schon makroskopisch sichtbare Veränderungen des Zentralnervensystems bei Paralytikern:

a) ein Angioma cavernosum des unteren Zervikalmarks,

b) eine Hypoplasie des Balkens: Länge 2,5 cm; Fehlen des Septum pellucidum;

c) eine hochgradige Hydromyelie im Hals- und Brustmark; die Höhle erstreckt sich an manchen Stellen bis in die Hinterhörner;

d) multiple Pseudoneurome der Cauda equina und zentrale Gliose und stellenweise in allen Höhen des Rückenmarks Verdoppelung und Verdreifachung des Zentralkanals;

e) Aberration eines Pyramidenbündels einer Seite der Oblongata, welches schon makroskopisch außen einen Wulst bildet.

Diese Fälle sind einem Material von mehr als 300 Paralysen entnommen und zeigen, daß gröbere angeborene Störungen des Nervensystems bei Paralysen nicht häufig sind.

Werner-Bedburg: Demonstration zweier Patente: a) einer verstellbaren Tragbahre mit einer Auflagefläche aus Tuch, einem Netz oder dergleichen sowie einem aus Längs- und Querrohren oder -stäben gebildeten Grundrahmen — Nr. 231 288, ausgegeben den 20. Februar 1911. (Zeichnung.) b) einer Vorrichtung zum Prüfen des Temperatursinnes — Nr. 233 249, ausgegeben den 3. April 1911. (Modell.)

a) Die verstellbare Tragbahre bezweckt, schwerkranken Personen, bei denen stets der Tonus der Rückenmuskulatur nachläßt, eine ange-



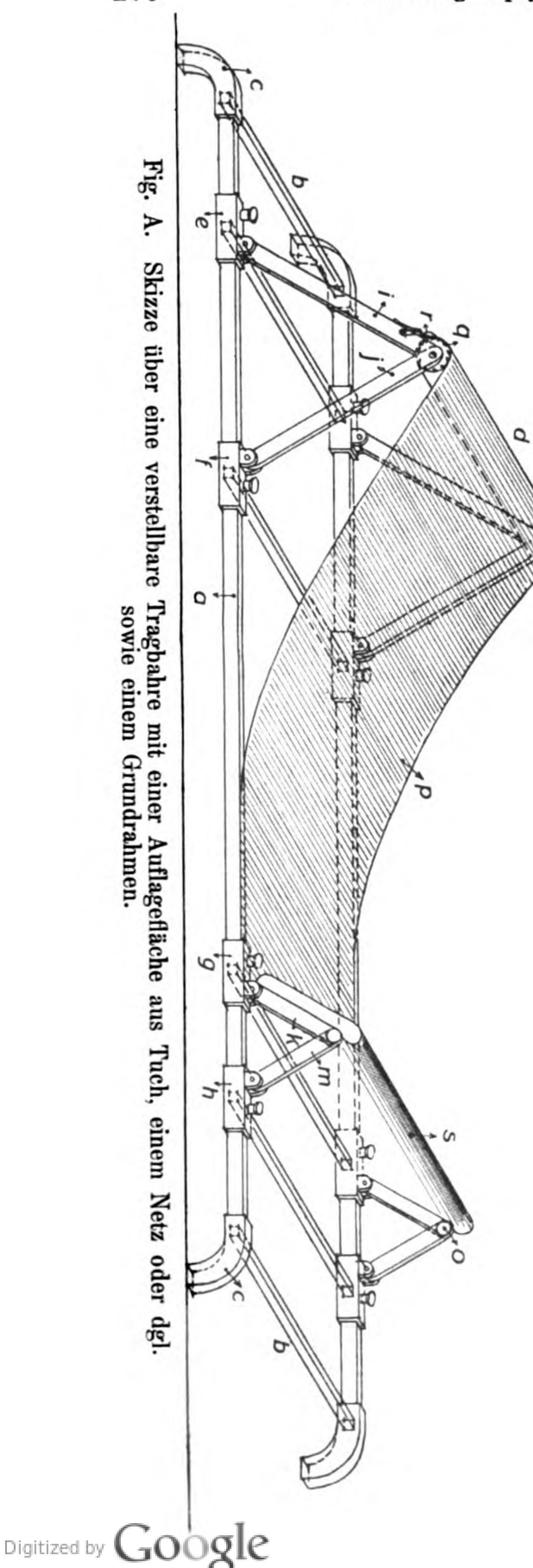


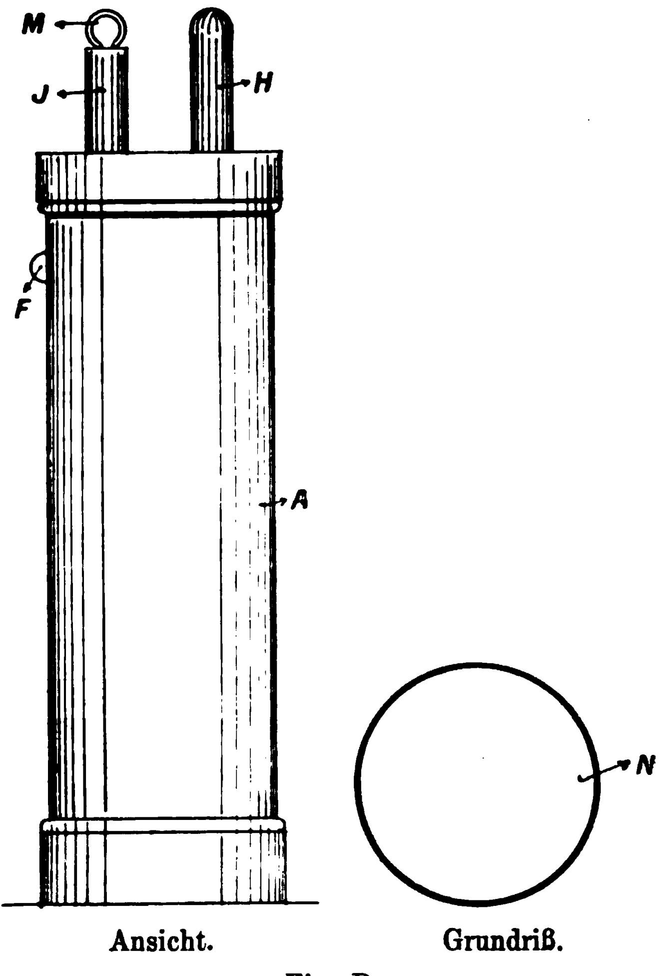
Fig. A. Skizze über eine verstellbare Tragbahre mit einer Auflagefläche aus Tuch, einem Netz oder dgl. sowie einem Grundrahmen.

nehme Lagerung bei erhöhtem Oberkörper zu geben, die dauernd und leicht innegehalten werden kann. Denn bei der bisherigen Keilkissenlagerung entsteht immer zwischen dem absteigenden Keilkissen und der horizontalen Matratze einerseits sowie dem gekrümmten Rücken des Patienten andrerseits ein hohler, dreieckiger Raum, den man zwar mit Kissen auszufüllen versucht, die sich aber stets verschieben. Außerdem muß ja der schwerkranke Patient, da er auf einer schiefen Ebene liegt, doch abrutschen, weil er sich infolge seiner Körperschwäche nicht gegenstemmen kann.

Die Tragbahre besteht nun zunächst aus einem Grundrahmen mit den Längsseiten *a*, den Querstäben *b* und den Füßen *c*. Diesem Rahmen sind vermittelst beweglicher und durch Schrauben feststellbarer Muffen *e*, *f*, *g*, *h* je zwei gelenkige Dreieckpaare aufgesetzt mit den Schenkeln *i*, *j*, *k*, *m*. Diese sind durch Querstäbe von den Spitzen in *o* und *n* verbunden. Nun ist auf dem Querstab *n* eine Rolle *q* angebracht, über die ein Tuch *p* läuft. Diese Rolle wird durch ein gezahntes Rad in *r*, das durch einen Sperrhaken mit Federung festgestellt werden kann, vermittelst einer Kurbel bewegt. Das untere Ende des Tuches ist an dem Querstab in *g* fixiert. Der Schenkelfläche *k* des kleineren Dreieckpaares liegt das Polster *s* auf.

Der Patient liegt entweder direkt auf dem Tuch *p* oder auf dazwischen gelagerten Decken usw.,

die Spannung des Tuches kann durch die drehbare Rolle in *q* dem jeweiligen Bedürfnis angepaßt werden. Der Rücken des Patienten ist somit allseitig und gleichmäßig unterstützt. Gegen das Abrutschen schützt das beliebig schräggestellte Polster *s*, welches als Kniestütze dient und damit zugleich die sonst üblichen Kniekissen ersetzt. Denn da die Kniegelenke stets im Bett leicht flektiert sind, weil die Flexoren sich immer stärker kon-



Ansicht. Grundriß.

Fig. B.

trahieren als die Extensoren, besteht ein physiologisches Bedürfnis, die hohlliegenden Kniekehlen zu unterstützen.

Der Patient kann also vermittelst dieser Tragbahre dauernd und bequem auf einer schiefen Ebene hochgelagert werden. Durch die verschieblichen Muffen kann die Länge des Lagers jeder Körpergröße angepaßt werden.

In der Zeichnung besteht der Rahmen zur besseren Übersichtlichkeit aus viereckigen Stäben, während er in Wirklichkeit aus gezogenen Stahlrohren gedacht ist. Es ist ferner noch ein Leichtes, die Kniestützen zu

teilen, so daß abwechselnd das eine Knie stärker gestreckt oder gekrümmt werden kann, auch wäre es möglich, die Füße *c* zu längeren, umklappbaren Stützen auszubilden, was vielleicht für militärische Zwecke von Wichtigkeit wäre, ebenso der Umstand, daß das ganze Gestell wegen der verschieblichen Muffen ganz flach zusammengelegt werden kann. Doch das sind Vorzüge, welche andere Konstruktionen auch aufweisen, und es wurde daher von deren bildlicher Wiedergabe hier Abstand genommen.

b) Die Temperaturempfindlichkeit der Haut wird meist mit zwei Reagenzröhrchen geprüft, von denen das eine mit heißem, das andere mit kaltem Wasser angefüllt ist. Doch kühlt sich das heiße Röhrchen schnell ab, da die wärmespendende Wassermenge im Verhältnis zur wärmeabgebenden Fläche des Glasröhrchens zu klein ist. Um daher eine konstante Wärmequelle zu besitzen, ging Verf. von der bekannten elektrischen Taschenlampe aus, indem er an das Trockenelement, dem eine zylindrische Form gegeben wurde, eine kleine Erbsenbirne *M* anschloß, deren Inneres nicht wie gewöhnlich luftleer ist, sondern mit Stickstoffgas angefüllt wird, so daß die Birne schnell heiß wird. Die Birne ist auf einem kleinen Stift *I* am Kopfe der Elementkapsel *A* angebracht und wird ebenso wie der Kältestift *H*, der aus einem soliden Metallstift besteht, bei Nichtgebrauch durch eine darüberzuschiebende Kappe *N* geschützt. Die Einschaltung erfolgt durch einen kleinen Kontaktknopf *F*, der seitlich angebracht ist (s. Abb. B, S. 271). Da es sich jedoch bei Versuchen, die mit einem derartigen Modell ausgeführt wurden, ergab, daß zwar die erreichte Temperaturhöhe völlig genügte, die abgebende Wärmefläche der Birne aber zu klein war, wird die Birne durch ein dünnes, zickzackgelegtes Band von sogenannter Kruppinlegierung, das zwischen Glimmer eingebettet ist, ersetzt werden. Der Durchmesser der wärmeabgebenden Fläche wird dann etwa 1,5 cm betragen. Die Herstellung und den Vertrieb dieses Apparates hat die Firma B. B. Cassel in Frankfurt a. M. kontraktlich übernommen.

Raether-Andernach: Klinische Mitteilungen aus der Andernacher Provinzial-Heilanstalt.

1. Fall: Encephalomalacia nach Schußverletzung. Ein alter Paranoiker beging Suizid, indem er sich mit einer 6 mm-kalibrigen Teschinpistole in die r. Schläfe schoß. Nach der Tat ging er noch 6 Tage seiner gewöhnlichen Beschäftigung nach, behauptete seiner Umgebung gegenüber, durch einen Fall sich an der Schläfe verletzt zu haben, und konnte der polizeilich verfügten Internierung in die Andernacher Anstalt (am 7. Tage) sogar noch großen Widerstand entgegensetzen. Bei der Aufnahmeuntersuchung und den verschiedensten Unterredungen an den darauf folgenden Tagen gab er äußerlich geordnete Auskunft. Erst am 11. Tage nach dem Selbstmordversuch trat hohes Fieber, Trübung des Sensoriums und rapider Verfall der Kräfte ein, der sich folgenden Tags noch steigerte und in der Nacht in tiefer Benommenheit zum Exitus führte.



Die Autopsie ergab, daß das Vorderhirn quer durchschossen war. Der Einschuß fand sich im Gebiete der r. unteren Stirnwindung als ein großovales, etwa walnußgroßes Loch mit unregelmäßigen, stark zerfetzten Rändern. Die Austrittstelle der Kugel, von Piasugillaten umgeben, lag im Gebiete der mittleren Stirnwindung der l. Hemisphäre. Der Schußkanal wurde in seiner ganzen Länge durch einen etwa 4 cm vom Stirnpol okzipitalwärts angelegten Frontalschnitt getroffen (Photographien). Das Interessante an diesem Fall ist, daß der Patient noch 12 Tage mit dieser schweren Schußverletzung gelebt hat und nur die beiden letzten Tage zerebral-entzündliche Erscheinungen gezeigt hat.

2. Fall: Multiple Gehirnabszesse mit konsekutiver Rindenepilepsie.

Der 32 jährige Patient, Potator, bekam nach einer schweren Pleuritis exsudativa in der 7. Krankheitswoche plötzlich drei epileptiforme Anfälle, die neben einer vorübergehenden Lähmung des l. Armes eine Geistesstörung hinterließen: er verließ sein Bett, legte sich in andere Betten, warf das Essen an die Wand, zerriß sein Bettzeug, spuckte alles an, hatte Gesichts- und Gehörstäuschungen und kam deshalb in die Andernacher Anstalt. Hier war Pat. anfänglich benommen und verwirrt, völlig desorientiert, die Parese des l. Armes, des l. Facialis waren deutlich, die Sprache verwaschen, der Patellarreflex, besonders rechts, gesteigert. Die Lähmungserscheinungen bildeten sich bald ganz zurück, um immer wieder nach einem epileptiformen Anfall, der hauptsächlich aus einem tonischen Krampf ohne lösende Zuckungen bestand, von neuem aufzutreten. Bisweilen traten vor einem oder mehreren Anfällen typische Dämmerzustände auf, in denen er herumirrte, auf den Boden urinierte, völlig verwirrt sprach. Nach den Anfällen war er vielfach freier, zeigte sich orientiert, klagte über die Anfälle, die im l. Arm jedesmal anfingen. Fieber trat nie auf. Die Pleuritis war mit Hinterlassung starker Schwarten abgeheilt, ebenso eine putride Bronchitis, die Pat. ebenfalls viel zu schaffen machte. In diesem Zustande verblieb Pat. 6 Wochen; während dieser Zeit traten 17 Anfälle auf. Das Körpergewicht hatte um 4 kg zugenommen. Da veränderte sich plötzlich das Krankheitsbild: Pat. wurde unter anfänglichem Erbrechen völlig somnolent, die Nahrungsaufnahme stockte, die Lähmung der l. Extremitäten nahm zu, die Atmung ging schwer schnarchend in tiefem Sopor. Dieser Zustand, nur für Momente durch Jammern durchbrochen, währte 9 Tage. Am Nachmittag des letzten Tages stieg die Körperwärme rapid auf 40,4°. Kurz darauf erfolgte der Exitus. Bei der Sektion fand sich zunächst im r. Vorderhirn bis zur Zentralfurche reichend ein faustgroßer, mit grüngelbem Eiter prall gefüllter Abszeß. Dieser lag völlig in der weißen Marksubstanz und war mit einer dünnen Membran ausgekleidet. Die konvexe obere Wand des Abszesses war die geschwundene, an einer Stelle bereits dem Durchbruch nahe Hirnrinde. In der Umgebung dieses Abszesses, aber ebenfalls vor der r. Zentralfurche lagen



noch zwei kleine Abszesse. Offenbar waren auf hämatogenem Wege von der Pleuritis oder putriden Bronchitis aus Metastasen im Gehirn entstanden, die von vornherein infiziert, allmählich eitrig einschmolzen. Die Abkapselung verhinderte eine Resorption pyogener Substanzen, daher die fast anhaltende normale Temperatur. Die epileptiformen Anfälle sind wohl als Rindenepilepsie aufzufassen, verursacht durch die zunehmende Vergrößerung des Hauptabszesses und dadurch bedingte Druckatrophie der Hirnrinde in der Nähe der Zentralfurche. Dafür spricht die konstante Beteiligung des l. Armes, des Rumpfes, der Zunge, der Gesichtsmuskulatur. Die Verwirrtheitszustände sind wohl als epileptische Dämmerzustände aufzufassen.

3. Fall: Endotheliom der Dura unter dem Bilde einer Taboparalyse verlaufend.

Hereditär bei der Mutter „Rückenmarksdarre". Lues. — Die Frau des Pat. hatte in 9 Jahren 1 Totgeburt und 3 normale Geburten; 1 Kind idiotisch. — Mit 30 Jahren erkrankte Pat. mit Charakterveränderungen und nervösem, aufgeregtem Wesen. Wurde 2 Jahre später 4 Monate in der Gießener Klinik wegen progressiver Paralyse behandelt. Nach einer kurzen Remission erfolgte Aufnahme in die Andernacher Anstalt. Er zeigte damals bereits eine Reihe organischer Symptome: Facialisdifferenz (r. $<$ l.); Dermographie; Tremor linguae et palpebrarum; träge Pupillarreaktion rechts, links Pupillenstarre; Akkomodationslähmung; links bestand Amaurose, rechts $^2/_3$ Sehschärfe; Patellarreflexe different: rechts erloschen, links schwach vorhanden; die übrigen Sehnen- und Hautreflexe leicht erhöht; *Romberg* angedeutet; Gang schleichend, unsicher; *Wassermann* negativ. Intelligenz ohne gröbere Defekte.

Pat. zeigte Krankheitseinsicht, klagte über zeitweise, vom Genick ausgehende Kopfschmerzen, Gedächtnisschwäche, innere Unruhe, Arbeitsunlust. Die subjektiven Beschwerden ließen bald nach, der Kranke beschäftigte sich bei der Hausindustrie, machte 1 Tag lang eine typische gastrische Krise (mit mehrstündigem Erbrechen und Temperatursteigerung) durch und wurde nach etwa 5 monatigem Anstaltsaufenthalt auf Drängen seiner Ehefrau entlassen. Die organischen Symptome waren im allgemeinen noch die gleichen wie bei der Aufnahme, doch waren die Patellarreflexe jetzt gesteigert, die Facialisparese stärker geworden, die Zunge wich beim Vorstrecken nach rechts ab, rechts bestand Fußklonus. — Bereits 14 Tage später mußte der Kranke zurückgebracht werden, völlig stumpf und apathisch. Er wurde zusehends insolenter, erblindete 2 Monate später auch auf dem rechten Auge, wurde insozial, unrein, überwachungbedürftig, verblödete völlig. In diesem Zustande, stark 4 Jahre nach dem Beginn der Erkrankung, trat der Exitus letalis ein. — Die Diagnose „Taboparalyse" wurde durch die Autopsie haltlos: es fand sich ein faustgroßer, derber Tumor, um die vordere Sattellehne als Kern herumgelagert. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab ein Endotheliom



der Dura. Im übrigen war die Hirnrinde in toto verschmälert, die weiße Marksubstanz des Vorderhirns, die N. optici durch Druck geschwunden. Die Ventrikel waren etwas erweitert, das Ependym jedoch überall glatt. Der linke Hinterstrang im Brustmark war leicht grau gefärbt.

Wassermeyer-Bonn: Über Selbstmord.

An 169 Personen, 90 Männer und 79 Frauen, der Kieler psychiatrischen und Nervenklinik, die bald nach mißlungenem Selbstmordversuche zur Aufnahme kamen, wurden Untersuchungen hinsichtlich der geistigen Verfassung zur Zeit der Tat angestellt. 27 Männer und 57 Frauen litten an ausgesprochenen Psychosen. Aber auch bei den als nicht eigentlich geisteskrank zu bezeichnenden Personen ließ sich fast ausnahmlos nachweisen, daß der Versuch in einer nicht als normal zu bezeichnenden geistigen Verfassung verübt worden war. Es handelte sich meist um Affekthandlungen bei psychopathischen Individuen. Daraus läßt sich jedoch nicht ohne weiteres schließen, daß jeder Selbstmörder geistig anormal wäre; die geistig Gesunden gehen aber wohl planmäßiger zu Werke und kommen dadurch sicherer zum Ziele. Zu den Fällen von mißglücktem Selbstmord stellen die jüngeren Lebensalter die Mehrzahl.

(Der Vortrag erscheint in extenso an anderer Stelle.)

Diskussion. — *Voß*-Düsseldorf: Der Auffassung *Gaupps* und des Vortragenden, daß der Affekt beim Zustandekommen des Selbstmordes und vielleicht mehr noch des Selbstmordversuches eine große Rolle spielt, möchte ich durchaus beipflichten. — Man nahm früher an, daß die Zahl der Selbstmorde in Rußland sehr gering sei. Diese Annahme trifft heute nicht mehr zu. Seitdem die Revolution 1905/06 die breite, in Unbildung erstarrte Masse des russischen Volkes wachgerüttelt, hat die Zahl der Selbstmorde stark zugenommen. Russische Autoren reden von einer Selbstmordepidemie, die sich namentlich auch in den Kreisen der Jugendlichen in der Schule ausbreitet. *Popoff* hat die Schülerselbstmorde aus dem Warschauer Lehrbezirk aus den Jahren 1908 bis 1910 zusammengestellt und kritisch besprochen. Fast ausnahmlos handelt es sich um psychopathische Kinder, bei denen oft ungünstige äußere Verhältnisse (Schulkonflikte, häusliche Schwierigkeiten, sogar Nahrungsorgen u. ä.) die Veranlassung gaben. Auch hier wird die Tat meist unter dem Einfluß des Affekts begangen. Die starke Zunahme der Selbstmorde ist also auch in Rußland als eine Folge der durch die gewaltigen politischen Umwälzungen der letzten Zeit herbeigeführten Anomie (*Durkheim*) zu betrachten, jenes Zustandes von Halt- und Steuerlosigkeit, der zuzeiten ganze Völker ergreift und in den Strudel einer unheilvollen Entwicklung hinabreißt.

Peretti-Grafenberg weist darauf hin, daß die Zahl der Selbstmorde unter den Volksschülern in den letzten Jahren abzunehmen scheint. Auch bei den Besuchern der höheren Schulen sind Selbstmorde nicht so häufig.

Leider hat man keine Anhaltpunkte für die Verhältnisse zwischen Selbstmord und Selbstmordversuch.

Wassermeyer-Bonn macht darauf aufmerksam, daß unter seinem Material sich Schulkinder nicht befinden. Die Selbstmordversuche, die er beobachtet, waren jedenfalls recht ernsthafter Natur, so daß es ein Wunder ist, daß nicht mehr zum Ziele kamen.

Tippel-Kaiserswerth hat beobachtet, daß bei Fürsorgezöglingen Selbstmorde und Selbstmordversuche sehr selten sind; in mehreren Jahren ist bei 170 Kindern kein Versuch vorgekommen. Das mag zum Teil wenigstens begründet sein in einer gewissen geistigen Stumpfheit, welche den Degenerierten eigen ist.

Hübner-Bonn: Kriminalpsychologisches über das weibliche Geschlecht.

Vortragender hat an einem etwa 1500 Frauen umfassenden Material, das er mehreren großen Polizeiverwaltungen und Gerichten verdankt, eine Reihe von Einzelfragen studiert.

1. Er stellt zunächst fest, daß an dem Anwachsen der Kriminalität, das von allen Statistikern unzweifelhaft erwiesen ist, die Frauen keinen Teil haben.

2. An der Hand von 300 Strafverzeichnissen hat Vortragender dann den Beginn der Kriminalität von je 150 Gelegenheits- und Gewohnheitsverbrecherinnen festzustellen gesucht. Um statistisch einen Anhaltpunkt für die Unterscheidung dieser beiden Gruppen zu erhalten, hat er in Anlehnung an den Vorentwurf zum St.-G.-B. als Gewohnheitsverbrecherinnen solche Frauen bezeichnet, die mindestens 5 Strafen sich zugezogen hatten.

Der Beginn der Kriminalität beider Gruppen ist aus der nachstehenden Tabelle ersichtlich:

	Gelegenheitsverbr.	Gewohnheitsverbr.
12—14	3	18
15—18	35	49
19—22	35	37
23—26	16	21
27—30	13	11
31—34	11	9
35—40	16	2
41—45	10	2
46—50	9	—
51—55	—	1
56—60	2	—

3. Eine weitere Detailfrage, die Vortragender an der Hand von 220 Akten, die zur Hälfte Diebstähle, zur andern Hälfte Unterschlagungen und Betrugsfälle betrafen, zu studieren suchte, war die, wie weit wirt-



schaftliche Not einerseits, Begehrlichkeit andrerseits bei der Entstehung des Deliktes mitgewirkt hatten. Es ergab sich, daß wirtschaftliche Not nur in etwa 25 bis 30 % der Fälle als Motiv in Frage kam. In allen übrigen stand im Vordergrunde die Begehrlichkeit oder andere Momente, unter denen das Geschlechtsleben (Menstruation, Schwangerschaft, abnorme sexuelle Neigungen) eine bedeutende Rolle spielte.

Eine weitere Bestätigung fand diese Annahme noch durch Betrachtung der Art der gestohlenen Gegenstände: In nicht mehr als etwa 15 % der Fälle war bares Geld gestohlen worden. Sonst handelte es sich meist um Kleider, Schmuckgegenstände und ähnliches. In einer geringen Anzahl von Fällen (etwa 10 %) waren die gestohlenen oder unterschlagenen Sachen zur Bestreitung des Lebensunterhaltes oder als Ersatz für defekte eigene Kleidung verwandt worden.

Besonders bei den Jugendlichen spielte das Motiv der Begehrlichkeit eine große Rolle.

4. Das Hauptdelikt der weiblichen Jugend ist der Diebstahl und Betrug. Unter 116 genauer studierten Fällen ließen sich die ersten kriminellen Handlungen in etwa 5 % der Fälle bereits vor dem 12. Lebensjahre nachweisen. Die soziale Prognose der jugendlichen Diebinnen ist eine äußerst ungünstige. Nach dem Material des Vortragenden werden etwa 75 % derselben rückfällig, und zwar großenteils im ersten, der ersten Verurteilung folgenden Jahre.

Bei Betrachtung der übrigen Familienmitglieder zeigte sich mehrfach, daß die weiblichen Angehörigen größtenteils Neigung zu Eigentumsdelikten, die männlichen zu Roheitsdelikten, Arbeitscheu und Vagabondage erkennen ließen. Dies wurde durch Einziehung der Strafverzeichnisse, Durcharbeitung von Armen- und Polizeiakten sowie durch Einholung von Auskünften aus Schulen und Pfarrämtern festgestellt.

5. Besonderes Interesse wurde auch den Rückfälligen zugewandt. Es ergab sich bei je 150 Gelegenheits- und Gewohnheitsverbrecherinnen folgende Rückfallstatistik:

Rückfällig wurden im	1.	2.	3.—5. Jahr	Zusammen
150 Gewohnheitsverbr.:	119	10	16	145
150 Gelegenheitsverbr.:	43	14	22	79

Die Zahlen der Strafen bei den 300 Frauen verteilten sich folgendermaßen:

1 Strafe:	56	6—10 Strafen:	33	41— 60 Strafen:	8
2—4 Strafen:	94	11—20 „ :	74	61—100 „ :	4
5 „ :	6	21—40 „ :	22	101—160 „ :	3

Unter den hohen Zahlen befinden sich viel wegen Sittenkontravention (§ 361 [6] Str.-G.-B.) Bestrafte.

6. Von Spezialdelikten hat Vortragender den Mord und Kindesmord genauer studiert.

Was den ersteren anlangt, so konnte er vier Gruppen unterscheiden, nämlich den Mord 1. aus politischen Motiven, 2. aus erotischen Motiven, 3. aus Gewinnsucht und 4. aus Rache.

Die erste Kategorie kommt in Deutschland kaum vor. Bei den Liebesmorden sind psychologisch verschiedene Unterschiede zu machen. Einmal kann es sich um einen Racheakt an dem ungetreuen Geliebten handeln, oder das Umgekehrte — der treulose Teil will den andern beseitigen, um freie Bahn zu erhalten — liegt vor. Den Rest stellen Fälle dar, in denen die Ehegattin sich selbst und die Kinder tötet, um den eigentlich schuldigen Teil allein zurückzulassen.

Bei den Täterinnen wurden vielfach hysterisch-hypochondrische Depressionszustände, einige Male auch richtige Melancholien festgestellt.

Unter den Angehörigen der Gruppe 3 wurden in allen 5 Fällen starke Degeneration oder hysterische Charakterzüge festgestellt. Sie gingen auch meist mit raffinierter Grausamkeit vor und waren nach der Tat bestrebt, die Spuren sorgfältig zu verwischen. Eine lebhafte Phantasie ermöglichte es zwei Frauen, ein sehr geschicktes Lügengewebe zur Verdeckung der Spur zu erfinden.

7. Besonderer Betrachtung bedürfen die als Mord aufgefaßten Delikte Jugendlicher. Meist handelt es sich nur um Versuche; in seltenen Fällen endet das Verbrechen mit dem Tode des Opfers. Psychologisch gleichwertig mit diesen Delikten ist eine Reihe von Brandstiftungen Jugendlicher, die deshalb mit besprochen werden.

Das Motiv ist Rache, Begehrlichkeit oder der Versuch, ein anderes Delikt zu verbergen.

Bei den Täterinnen selbst, die häufig gerade in das Erwerbsleben eingetreten sind, finden sich viel erblich oder sozial Belastete. Vielfach ist über häufige Krankheiten in der ersten Jugend zu berichten. Die Schulleistungen erreichten nur in einem Teil der Fälle den Durchschnitt; die Mädchen wurden oft als faul, dumm, zerstreut, neugierig und verlogen bezeichnet. Es bestand frühzeitige Neigung zu kleinen Diebereien, Schwindeleien und Grausamkeiten. Die Affektsphäre war nur dann leicht ansprechbar, wenn es sich um eigene Interessen handelte, sonst bestand Gemütsstumpfheit. Daneben wurde einige Male über Neigung zu phantastischem Lügen und Wichtigtun berichtet.

Diese Fälle kamen auch fast stets zur Begutachtung. Die gestellten Diagnosen lauteten in 8 von 11 Beobachtungen (von denen keine aus einer Irrenanstalt stammt!) entweder Imbezillität oder Hysterie. Über die übrigen drei Täterinnen ist das Aktenmaterial zurzeit noch unvollständig.

Bei der Tat wurde besonders oft Gift bevorzugt. Nur selten hatten die Täterinnen eine einigermaßen zutreffende Vorstellung von der Wirkung desselben.

8. Beim Kindesmord (§ 217 St.-G.-B.) will Vortragender zwar dem sogenannten „Ehrennotstand" (vgl. *H. Gross*, *Amsohl*, Graf *Gleisbach*, *Plempel* u. a.) nicht jede Bedeutung absprechen, das wichtigste Moment sieht er jedoch in dem Zustande der Gebärenden zur Zeit der Tat. Meist handelt es sich um unerfahrene, ohne fremde Hilfe gebärende, noch junge Mädchen, dazu kommt die Wirkung des Geburtschmerzes an sich.

Vortragender hat die Zustände, welche während der Geburt vorkommen, genauer studiert (etwa 100 Fälle) und unterscheidet folgende:

a) physiologische: 1. Schwächezustände bis zu Ohnmacht, 2. Erregungszustände.

Daß die letzteren geeignet sind, zu Gewaltakten zu führen, beweist die klinische Erfahrung. Der Geburtsakt ist für manche Kreissende so unerträglich, daß sie sich selbst den Tod wünscht. Es sind auch — sogar in der Klinik — Selbstmordversuche beobachtet worden. Vortragender hat ferner einen Fall gesehen, bei dem in der ersten Erregung vor dem Austritt der Placenta eine Primipara ihr eben geborenes Kind in der Klinik an die Wand werfen wollte.

b) pathologische Zustände: 1. Gedächtnisstörungen, 2. schnell abklingende manische Zustandbilder, 3. Delirien (eklamptische, hysterische, epileptische), 4. Dämmerzustände (insbesondere epileptische), 5. beginnende andere Psychosen (Dementia praecox!), 6. Schwachsinn mit Neigung zu Affekthandlungen.

Zum Schluß weist Vortragender noch darauf hin, daß Kindestötungen vorkommen, die zwar nicht mehr „in oder gleich nach der Geburt" erfolgen, trotzdem aber psychiatrisch den im § 217 St.-G.-B. vorgesehenen Fällen gleichzusetzen sind. Auch auf die Schwankungen des psychischen Gleichgewichts während der Laktation (Depressionen bei Erschöpfung) wird kurz eingegangen. *Umpfenbach.*



Kleinere Mitteilungen.

Die nächste Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie findet in Kiel am 30. und 31. Mai statt. I. Referate. 1. Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie, besonders im Hinblick auf das manisch-depressive Irresein. Ref.: Hoche-Freiburg und *Alzheimer*-München. 2. Die Behandlung der Paralyse. Ref.: *E. Meyer*-Königsberg und *Spielmeyer*-Freiburg. — II. Vorträge. 1. *Eichelberg*-Göttingen: Die Bedeutung der Untersuchung der Spinalflüssigkeit. 2. *L. W. Weber*-Chemnitz: Die Praxis bei der Durchführung der Pflegschaft nach dem BGB. 3. *G. Stertz*-Bonn: Organische Krankheitsymptome am Nervensystem bei Katatonie. 4. *Rittershaus*-Hamburg: Zur Psychologie der weiblichen Ausnahmezustände (Menstruation, Schwangerschaft, Wochenbett). 5. *Pförringer*-Hamburg: Tierversuche über den erblichen Einfluß des Alkohols (mit Demonstrationen). 6. *Kafka*-Hamburg: Über Entstehung, Zirkulation und Funktion des Liquor cerebrospinalis. 7. *Weygandt*-Hamburg: Erweiterungen und Reorganisationen in der Hamburger Irrenpflege, ein Beitrag zu der Frage: Umbau oder Neubau (mit Demonstrationen). 8. *Ew. Stier*-Berlin: Die funktionelle Differenz der Hirnhälften und ihre Beziehungen zur geistigen Weiterentwicklung der Menschheit. 9. *P. Schroeder*-Breslau: Über Remissionen bei progressiver Paralyse. 10. *O. Fischer*-Prag: Beitrag zur Presbyophreniefrage. 11. *Bergl*-Prag: Das Verhalten der Zerebrospinalflüssigkeit bei Luikern. 12. *v. Nießl*-Mayendorf-Leipzig: Über den Anteil der beiden Hemisphären an den motorischen Funktionen (Projektionen). 13. *Friedländer*-Hohe Mark: Die Einwirkung fieberhafter Prozesse auf die metaluischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. 14. *Runge*-Kiel: Pupillenuntersuchungen bei Geisteskranken und Gesunden. 15. *Siemens*-Lauenburg: Die Errichtung eines biologischen Forschungsinstitutes über die Grundursachen der Geisteskrankheiten. 16. *F. Stern*-Kiel: Über die akuten Situationspsychosen der Kriminellen. 17. *Bischoff*-Hamburg-Langenhorn: Untersuchungen über das mittelbare und unmittelbare Zahlengedächtnis. 13. *Stargardt*-Kiel: Die Ätiologie des Sehnervenschwundes bei progressiver Paralyse u. Tabes (Demonstrationsvortrag). 19. *König*-Kiel: Zur Klinik der menstruellen Psychosen. 20. *Allers*-München: Beiträge zur Patho-

chemie des Gehirns. 21. *Goldstein*-Königsberg: (Thema noch unbestimmt). 22. *Kleist*-Erlangen: Über chronische paranoische Erkrankungen des Rückbildungsalters mit besondrer Rücksicht auf ihre Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein. — Anmeldungen von Vorträgen werden erbeten an Sanitätsrat *Hans Laehr*, Schweizerhof zu Zehlendorf-Wannseebahn. Anfang Mai wird eine Einladung mit genauerem Programm versandt werden.

Die 37. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte wird am 8. und 9. Juni zu Baden-Baden im Konversationshause abgehalten werden. Anmeldung von Vorträgen bis zum 27. Mai an *Krehl*-Heidelberg oder *Laquer*-Frankfurt a. M.

Nekrolog *D. W. Reye*. — Am 15. Februar d. J. verschied in Hamburg im 80. Lebensjahre Prof. Dr. *Reye*, einer der ältesten, wenn nicht der älteste der deutschen Psychiater.

Reye, geboren den 22. Juni 1833, entstammt einer alten, im Hamburgischen Amte Ritzebüttel angesessenen Familie. Er besuchte die oberen Klassen der hiesigen Gelehrtenschule des Johanneums, ging 1852 nach Heidelberg und von dort 1854 nach Göttingen, wo er am 20. Juni 1855 zum Doktor promovierte. Nachdem er durch Studien in Wien und Prag sein Wissen vertieft hatte, kehrte er nach Hamburg zurück und legte vor der hamburgischen Prüfungskommission sein medizinisches Staatsexamen ab. Am 20. Juni 1856 wurde *Reye* Assistent am hiesigen Allgemeinen Krankenhause; er wurde zuerst auf der chirurgischen und vom Januar 1858 ab auf der inneren Abteilung, der damals die Abteilung für Geisteskranke angegliedert war, beschäftigt. Nach der im November 1858 erfolgten Berufung *Ludwig Meyers* zur Leitung dieser Abteilung wurde er dessen Assistent. Als *Meyer* dann 1864 nach Eröffnung der inzwischen erbauten Anstalt Friedrichsberg hierher übersiedelte, übernahm *Reye* die Behandlung der vorerst noch in dem Krankenhause verbleibenden Irrensiechen. Als externer Sekundärarzt hat er damals eine Zeitlang dem damaligen Gebrauche entsprechend neben seinem Amte noch freie Praxis betrieben.

In diesem Wirkungskreise verblieb *Reye* nur kurze Zeit. Bereits 1866 wurde er, nachdem *Meyer* die Professur für Psychiatrie in Göttingen übernommen hatte, zu dessen Nachfolger ernannt. Als solcher ist er bis zum 1. April 1908 tätig gewesen.

Welch eine Fülle von Arbeit *Reye* im Laufe dieser Jahre geleistet hat, erhellen schon einige Zahlen. Als er die Leitung von Friedrichsberg übernahm, betrug die Zahl der Kranken 264, im Jahre 1907 dagegen 1412. Unter ihm ist eine kaum als mittelgroß zu bezeichnende Anstalt eine der größten Anstalten Deutschlands geworden. *Reye* hat nicht nur in nie ermüdendem Pflichteifer die von Jahr zu Jahr sich steigernde Arbeitslast



auf sich genommen, sondern auch das von seinem Lehrer *Meyer* bei der Behandlung Geisteskranker Erstrebte und Geschaffene in mustergültiger Weise weiter ausgebaut. So verschwanden unter seiner Leitung, indem die Wachsaalbehandlung immer weiter ausgedehnt wurde, die Zellen, die chemischen Beruhigungsmittel traten gegenüber den diätetischen Maßnahmen und den Bädern zurück, und schließlich wurden auch Liegekuren im Freien eingeführt. Mit besonderen Schwierigkeiten galt es dabei insofern zu kämpfen, als infolge der schnellen Bevölkerungszunahme Hamburgs die Anstalt beinahe dauernd überbelegt war und sich die alten Baulichkeiten nur schwer den modernen Ansprüchen anpassen ließen. Gewiß war *Reye* kein Heißsporn, kein Stürmer, er war aber auch nicht der Mann, der etwas annahm, nur weil es neu war, oder weil es von autoritativer Seite empfohlen wurde. In seiner ruhigen, sachlichen Art prüfte er alles und übernahm nur das, was ihm gut erschien, führte es dann aber auch ganz durch.

Dieselbe ruhige Art war ihm auch in wissenschaftlichen Fragen eigen. Niemals ließ er sich blenden oder durch Augenblickserfolge hinreißen, er suchte vielmehr in stiller Gedankenarbeit das Wesentliche zu erkennen, die Spreu von dem Weizen zu sondern. Dabei hatte er die glückliche Gabe, in wenigen treffenden Worten ganze Auffassungen, ganze Situationen zusammenzufassen und in kurzer, prägnanter Weise zu kennzeichnen. Daß er in seinem Alter bei seiner langjährigen Erfahrung, nachdem er so viele Meinungen hatte kommen und wieder verschwinden sehen, skeptisch geworden war, kann wohl kaum wundernehmen, immer aber achtete er die Überzeugung anderer. So war er denn auch nicht engherzig und verschloß sich niemals wohlbegründeten Anregungen, von welcher Seite aus sie ihm auch entgegengebracht wurden.

Reye gehörte eben zu jenen stillen Naturen, die sich niemals hervordrängen und in ruhiger Bescheidenheit ihre Person in den Hintergrund stellen. Es soll damit aber nicht gesagt sein, daß er, wenn es die Sache erforderte, nicht auch seinen Mann stand; er wußte dann auch ein recht kräftig Wörtlein zu sagen. So verstand er denn auch trotz aller Gutmütigkeit, sich durchzusetzen und sich Respekt zu verschaffen.

Diese Bescheidenheit war es auch, die im Zusammenhang mit der umfangreichen praktischen Tätigkeit *Reye* nach außen so wenig hervortreten ließ. So ist er, der mit Ausnahme weniger der notwendigsten Erholung gewidmeter Wochen immer im Dienste war, nur einer relativ kleinen Zahl von Fachkollegen bekannt geworden. Dazu kam, daß er nur wenig Neigung hatte, die jetzt so zahlreichen Kongresse und sonstigen Versammlungen zu besuchen, es geschah dies aber nicht aus Mangel an wissenschaftlichem Interesse. Wie groß dieses war, beweist seine rege Teilnahme an den Sitzungen des hiesigen ärztlichen Vereins, die er so regelmäßig wie nur wenige besuchte.

Hand in Hand mit dieser Bescheidenheit, mit dieser Neigung, stets hinter der Sache zurückzutreten, ging eine außerordentliche Güte und

Liebenswürdigkeit. Sie ist vor allem seinen Kranken und deren Angehörigen zugute gekommen; er hat die Herzen seiner Kranken gewonnen. Wie sehr diese an ihm hingen, zeigte sich so recht, wenn er nach seinem Ausscheiden aus dem Amte die Anstalt besuchte, dann drängten sich die alten Patienten an ihn heran, wollten ihn sprechen oder ihm wenigstens die Hand drücken. Dieselbe Güte und liebenswürdige Freundlichkeit bewies er uns Ärzten und Beamten; er war kein Freund vieler Worte, aus der Art aber, wie er sprach und handelte, fühlte man sein Wohlwollen heraus. Durch diese sich stets gleichbleibende Freundlichkeit und Güte ward ihm auch die Liebe weiterer Kreise, vor allem natürlich die Liebe und Achtung seiner Kollegen zuteil. So wurden ihm denn auch so manche Ehrenämter übertragen und so manche Ehrenbezeugungen erwiesen. Besonders kam diese Anerkennung und Verehrung der Kollegen bei der Feier seines 50 jährigen Doktorjubiläums zum Ausdruck. Daß auch die Behörden seine Verdienste zu schätzen wußten, braucht wohl kaum erwähnt zu werden, sie haben ihm, speziell bei seinem Ausscheiden aus seinem Amte, für all seine Arbeit und Mühewaltung gedankt und ihm Auszeichnungen zuteil werden lassen.

Reye hat diese Liebe und Anerkennung stets auf das wärmste empfunden, das Bild seines Charakters würde eine Lücke aufweisen, wenn nicht auch insbesondere noch seiner Dankbarkeit gedacht würde.

Alle diese Eigenschaften verwebten sich bei *Reye* zu einem außerordentlich glücklichen Ganzen; er war eine stille, sonnige Natur. Sein Glück fand er neben seinem Beruf in seiner Familie. Ein gütiges Geschick hat ihm eine liebevolle, kluge Gattin beschert, die ihm durch 45 Jahre hindurch eine treue Gefährtin gewesen ist. Er hat die Freude gehabt, eine stattliche Kinderschar in seinem Heim in glücklicher Harmonie heranwachsen zu sehen.

Auch im Tode war ihm das Schicksal hold. Die Schwächen und Leiden des Alters hat er kaum kennen gelernt; nur hin und wieder klagte er einmal in der letzten Zeit über Brustbeklemmungen; ohne zu leiden wurde er dann schnell dahingerafft.

Alle, die *Reye* gekannt haben, werden ihm ein treues Andenken bewahren, vor allem alle, die mit ihm und unter ihm gearbeitet haben, allen wird er ein hehres Beispiel treuer Pflichterfüllung sein.

Buchholz-Friedrichsberg.

Dem Verein zum Austausch der Anstaltberichte ist die Landeserziehungsanstalt für Blinde und Schwachsinnige in Chemnitz beigetreten.

Personalnachrichten.

Dr. *Theod. Ziehen*, Geh. Med.-Rat, tritt zu Ostern von der Berliner Professur für Psychiatrie und Neurologie zurück, um sich in Wies-

baden psychologischen Forschungen zu widmen. An seine Stelle tritt, nachdem *Cramer*-Göttingen abgelehnt,

Dr. *Karl Bonhöffer*, Geh. Med.-Rat, bisher Professor in Breslau, welcher auch die Redaktion der Monatschrift für Psychiatrie u. Neurologie übernimmt.

Dr. *Sigm. Fries*, Geh. San.-Rat, legt aus Gesundheitsrücksichten das Direktorat der Anstalt Nietleben nieder. Als sein Nachfolger ist

Dr. *Berthold Pfeiffer*, Prof., Priv.-Doz. in Halle, berufen worden.

Dr. *Walter Görlitz* aus Stolberg (Rheinl.) hat die Privatanstalt Bergquell-Frauendorf bei Stettin als Besitzer u. ärztlicher Leiter übernommen.

Dr. *Wold. F. Winkler*, bisher auf dem Sonnenstein, u.

Dr. *Joh. Schlegel*, bisher in Großschweidnitz, sind als Oberärzte,

Dr. *Karl Lägel*, bisher in Kreuzburg, als Anstaltsarzt nach Arnsdorf,

Dr. *Josef Geller*, bisher in Düren, ist als Oberarzt nach Grafenberg versetzt worden.

Dr. *Henry Wolfskehl*, bisher in Weinsberg, ist Oberarzt in der Privatanstalt Hohe Mark geworden.

Dr. *Karl Wilmanns* in Heidelberg ist zum außerordentlichen Professor,

Dr. *Heinr. Neuhaus*, Landespsychiater in Düsseldorf, u.

Dr. *Ludw. Dercken*, Dirig. Arzt in Haus Kannen, zum Geh. Sanitätsrat,

Dr. *Otto Hebold*, Dir. in Wuhlgarten,

Dr. *Franz Falk*, Oberarzt in Kortau, und

Dr. *Siegfr. Kalischer* in Zehlendorf zum Sanitätsrat ernannt worden.

Dr. *Karl Knörr*, Dir. in Teupitz, hat den Roten Adlerorden 4. Klasse,

Dr. *Adolf Friedländer*, Hofrat, Dir. der Privatanstalt Hohe Mark, das Ehrenkreuz des Mecklenb. Greifenordens,

Dr. *Rud. Meyer*, Dir. in Goddelau, das Ritterkreuz 1. Klasse des Verdienstordens Philipps des Großmütigen erhalten.

Dr. *Heinr. Obersteiner*, Hofrat, Prof. in Wien, ist Ehrenmitglied des Vereins der Psychiater zu St. Petersburg,

Dr. *Em. Kraepelin*, Hofrat, Prof. in München, Mitglied der Gesellschaft der Wissenschaften in Christiania geworden.

Dr. *Sal. Behrendt*, San.-R., Dir. der Jakobyschen Anstalt in Sayn, ist gestorben. Ferner ist

Dr. *Mor. Jastrowitz*, Geh. Sanitätsrat, konsult. Arzt der Privatanstalt Berolinum, am 26. Januar, 72 Jahre alt,

Dr. *Nik. Landerer*, San.-R., Dir. der Prov.-Anstalt Andernach, am 13. Februar plötzlich an Apoplexie,

Dr. *D. W. Reye*, Prof. u. em. Direktor der Anstalt Friedrichsberg in Hamburg, am 15. Februar im 79. Lebensjahre gestorben.

Gehörstäuschungen bei Ohrerkrankungen.[1])

Von

Priv.-Doz. Dr. **Otto Klieneberger**, jetzt Königsberg, Psych. Klinik.

Es ist bekannt, daß bei Erkrankungen eines Sinnesapparates entsprechende Sinnestäuschungen sich zuweilen einstellen. So sind Gesichtstäuschungen bei Erkrankungen des Hinterhauptlappens, Gehörstäuschungen bei Erkrankungen des Schläfenlappens mitgeteilt worden. In analoger Weise sind Halluzinationen bei Erkrankungen der peripheren Sinnesorgane beschrieben. Die Gesichtstäuschungen übertreffen dabei an relativer Häufigkeit solche des Gehörs; die letzteren sind zudem dadurch besonders interessant, daß sie, obwohl sie meist nur Symptom einer Psychose sind, doch dieser eine besondere Färbung geben können, und ferner dadurch, daß es zuweilen gelingt, sie zu beeinflussen und so den Zusammenhang zwischen Halluzinationen und Ohrerkrankung deutlich zu illustrieren.

Wir haben in den letzten fünf Jahren dreimal Gelegenheit gehabt, solche mit peripheren Ohrerkrankungen in Zusammenhang stehenden Gehörstäuschungen zu beobachten. Es dürfte sich daher, schon wegen der Seltenheit der Fälle, ihre kasuistische Mitteilung rechtfertigen; sie sind aber auch darüber hinaus bemerkenswert wegen ihres klinischen Verhaltens und wegen gewisser Beziehungen, die sich aus ihnen für das Wesen der Halluzinationen ableiten lassen.

Es mögen zunächst die Krankengeschichten folgen.

1. Beobachtung. Anna K., Arbeiterfrau, 50 J. alt, suchte am 14. V. 06 unsere Poliklinik auf.

Befund: Seit fünf Jahren hört Pat. Stimmen, nachdem sie zuvor ½ Jahr wegen Ohrensausen behandelt worden war. Das Sausen wurde allmählich zu deutlichen Stimmen, die von verschiedenen, der Pat.

[1]) Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik Breslau (Geh.-Rat *Bonhöffer*).



unbekannten Personen stammen. Anfangs hatte Pat. Angst, sie zog wegen der Stimmen aus zwei Wohnungen aus, weil sie glaubte, „es ginge um“.

Inhalt der Halluzinationen: Schimpfworte gemeiner Art, die sich aber nicht auf sie beziehen; ferner Drohungen und Warnungen, die sich auf sie beziehen: „geh' nicht in den Keller“ oder „geh' nicht auf den Boden“.

Anfangs tat Pat., was die Stimmen ihr auftrugen, später kümmerte sie sich nicht mehr darum. Früher lokalisierte sie die Stimmen in die Stube, jetzt ins Ohr. Etwa ein Jahr lang lebhafter Angstaffekt, seitdem frei von Angst. Allmähliches Abklingen.

Auf anderen Sinnesgebieten keine Halluzinationen, nur Funkensehen in der ersten Zeit.

Keine Beziehungs- oder Verfolgungsideen. Keine Erklärungen. Seit einigen Wochen stärkeres Abblassen der Halluzinationen: sie kann die Stimmen für gewöhnlich nicht recht verstehen, sondern muß erst hinhorchen, wenn sie verstehen will. Auch früher waren die Stimmen stets lebhafter, wenn sie allein war.

Auf die Aufforderung, zu sagen, was sie hört, lauscht sie und gibt an: „Es nutzt ja doch nichts.“ „Geh nur ins Josefspital.“ „Warum bist Du nur hierher gekommen?“

Benehmen geordnet, nichts Auffälliges, nichts Paranoisches. Gibt sinngemäße Antworten, ist zeitlich und örtlich völlig orientiert. Versieht ununterbrochen trotz der nun fünf Jahre bestehenden Erkrankung ihre Arbeit als Aufräumefrau im Krankenhaus vollständig und zur Zufriedenheit.

Macht sich jetzt keinerlei Gedanken über die Halluzinationen. Ist nach eigenen Angaben „sehr weich“.

In der Schule gut gelernt. Nach der Schulzeit in Stellung. Intelligenz gut, Rechnen relativ sehr gut.

Vater war „gemütskrank“, kein Trinker, litt an Krämpfen; Mutter war „sehr nervenkrank“. Pat. heiratete mit 22 Jahren, ihr Mann war Trinker; 3 Kinder leben, gesund, 1 Kind ist gestorben, die beiden letzten waren Fehlgeburten. Seit drei Monaten Zessieren der Menses.

Körperlich kein krankhafter Befund.

Ohrenuntersuchung in der hiesigen Ohrenklinik: doppelseitiger trockener Mittelohrkatarrh und Residuen früherer Mittelohrentzündungen. Linkes Trommelfell intakt, Lichtreflex erhalten, Hammergriff verkürzt, Membran eingezogen und getrübt. Rechtes Trommelfell: kleine, nierenförmige, weiß spiegelnde Narbe im Lichtkegel, fast wie ein Sehnenfleck erscheinend. Tube beiderseits durchgängig.

Verlauf: Auch weiterhin weder in der Stimmung noch in der Arbeitfähigkeit beeinträchtigt. Glitt Mitte November 06 bei der Rückkehr von der Arbeit auf der Treppe aus und erlitt einen Schädelbruch, an dessen Folgen sie am 18. XI. 06 starb.

2. Beobachtung. Gottlieb M., Zimmermann, 53 J. alt.

Befund bei der poliklinischen Untersuchung am 27. VIII. 07: Keine erbliche Belastung. Selbst stets gesund. Militärfrei. Verschiedene Unfälle, zuletzt im Oktober 06. Seitdem Stechen und Quetschen auf der Brust, Zittern am ganzen Körper, Schwindel- und Angstgefühl, unruhiger, schlechter Schlaf, Appetitlosigkeit und seit einigen Monaten „Stimmen". Summen und ganz monotone, oft rhythmisch sich wiederholende Halluzinationen: „Der wird's wissen, der wird's wissen." „Du sollst ruhig sein", oder „Der soll ruhig sein", vielmals hintereinander, im gleichen Tonfall. Hört seinen Namen rufen, auch Schimpfworte: „Verrückter Kerl". Keine Bedrohungen. Kein Gedankenlautwerden.

Hört die Stimmen im Ohr. „Ich weiß nicht, wie ich das werde hineingekriegt haben." Es sei nach dem letzten Unfall „auf einmal" gekommen. „Manchmal ist es laut, manchmal leiser." „Man hat keine Ruhe." „Manchmal macht es einem Angst."

Links hört er die Stimmen dauernd, rechts seltener. Links sind es grobe Stimmen wie von Männern, rechts feine Frauenstimmen.

Kein Beziehungswahn. Keine Erklärungsideen. Keinerlei Beeinflussungen. Legt alle Beschwerden dem Unfall zur Last. Keine rechte Einsicht. Indolent, macht defekten Eindruck.

Dilatatio cordis. Hochgradige Arteriosklerose.

Ohrbefund (Kgl. Ohrenklinik): Linker Gehörgang deutlich gerötet, Trommelfell sehr stark eingezogen, getrübt. Rechtes Trommelfell stark getrübt und eingezogen. Pharyngitis chronica.

Diagnose: Tubenkatarrh. Therapie: Massage, Katheterismus.

Verlauf: Schnelle Besserung. Am 31. VIII. 07 keine Angst mehr, kein Schwindel; Appetit. Stimmen haben allmählich mehr und mehr nachgelassen, ist seit gestern vollständig frei, hat auch kein Sausen mehr im Kopfe. Auch jetzt ohne rechte Einsicht. „Es war keine Krankheit, ich hab' ja immerfort gearbeitet." Ist dann zu einer Nachuntersuchung nicht mehr erschienen. Wurde nach polizeilichem Bericht am 16. III. 08 vormittags gegen 10½ Uhr in einem Bretterschuppen erhängt aufgefunden.

3. Beobachtung. Luise G., Arbeiterfrau, 52 J. alt, suchte die Poliklinik am 16. II. 09 auf; stand aber auch schon früher, 1892, im Alter von 35 J. in Behandlung der hiesigen Poliklinik. Damals (1892) klagte sie über ziehende Schmerzen im linken Arm, die im Anschluß an Influenza aufgetreten seien, über Stechen im Rücken, Schwindel, Herzklopfen, Beklemmung und Angst, Appetitlosigkeit und starkes Durstgefühl. Sie befand sich im dritten Monat der Gravidität. Erst nach der Entbindung im August trat eine Besserung ein, dann verschlimmerte sich der Zustand wieder, die hypochondrischen Beschwerden nahmen zu; sie wurde verdrießlich und hatte viel traurige Gedanken. Allmähliche Besserung und Heilung.



Befund am 16. II. 09. Seit Herbst 08 vorübergehend, hin und wieder einmal, in beiden Ohren Rauschen und Pfeifen, „wie es bei der Bahn zu Anfang oder Ende der Arbeit pfeift." Nach einiger Zeit, etwas vor Weihnachten, Singen auf dem linken Ohr, das allmählich stärker wurde, häufiger kam und sich schließlich auch auf dem rechten Ohr einstellte. Es klingt einmal, als ob eine Orgel spiele, dann wieder mehr wie eine Harmonika, mitunter wie eine Posaune, auch wie ein Phonograph. Hört richtige Melodien „O Tannebaum, o Tannebaum", Kirchenlieder und alle möglichen ihr bekannten Lieder, zum Teil solche aus ihrer Mädchenzeit, an die sie gar nicht mehr gedacht habe. Sie höre das Singen hauptsächlich und besonders deutlich, wenn sie unbeschäftigt und wenn sie allein sei, besonders beim Einschlafen. Habe nur ganz im Anfang gedacht, es könnte außerhalb, etwa im Hofe sein, habe aber bald gemerkt, daß es im Kopfe sei. Es klinge, als ob es aus den Ohren herauskomme; lokalisiert die Halluzinationen in die Ohren, beziehungweise in den Hinterkopf dicht hinter den Ohren. Sie sei niemals dadurch irgendwie beeinflußt worden, habe sich keine Gedanken darüber gemacht, keine Angst empfunden; höchstens gelacht, denn es sei ihr komisch vorgekommen, daß ihr vorgesungen wurde; auch die anderen, denen sie es erzählt habe, hätten gelacht. Sie habe die ganze Zeit fleißig weiter gearbeitet, die Arbeit gehe ebenso flott vonstatten wie sonst. Keine Geräusch- oder Lichtempfindlichkeit. Erbliche Belastung besteht nicht. Pat. gibt an, sie sei immer sehr lebhaft und lustig, aber leicht erregbar und schreckhaft gewesen, als Kind habe sie sich leicht einmal gefürchtet. Sie sei nie ernstlich krank gewesen, sei in der Schule eine der besten Schülerinnen gewesen und habe immer auf der ersten Bank gesessen. Mit 20 Jahren habe sie geheiratet. Nach dem ersten Kinde habe sie Wochenbettfieber durchgemacht, damals sei sie unruhig und verwirrt gewesen und habe viel phantasiert. In den letzten Jahren sei sie wegen Unterleibsbeschwerden wiederholt gynäkologisch behandelt worden. Seit 2 Jahren Menopause.

Psychisch: in keiner Weise auffällig, frisch, lebhaft. Normale Affektlage. Gute Einsicht.

Somatisch: Würgreflex fehlt. Sonst völlig normaler Befund.

Diagnose der Ohrenklinik: Tubenkatarrh; Mittelohrschwerhörigkeit infolge chronischer Trommelfellveränderungen (beide Trommelfelle getrübt, eingezogen, vorn oben kleine Verkalkung).

Verlauf (Nachuntersuchung im November und Dezember 11). Zahlreiche allgemeine nervöse Beschwerden; dazu dauerndes Klopfen im Hinterkopf, Herzklopfen, Hitzegefühl im Kopf, Schwindelanfälle, in denen sie taumele, mit nachfolgendem Erbrechen. Das Sausen und Rauschen wie von einer Lokomotive oder einem Wasserfall und das Singen, Spielen und Posaunen bestehe wie früher. Manchmal klinge es nur „la la la" oder „hu hu hu"; aber meist höre sie alle möglichen Lieder: „Mariechen sitzt weinend im Garten", „Willst Du werden ein Rekrut" u. a.



Manchmal höre es sich ganz schrecklich an und sei viel lästiger wie früher, dann bekomme sie auch ziehende Schmerzen im Kopfe; meist sei es aber nur ganz leise, so daß sie Obacht geben müsse, um es überhaupt zu hören; es sei wie weit weg, es störe sie nicht mehr so. Ihre Stimmung sei öfter niedergedrückt, zuweilen sei sie geradezu lebensüberdrüssig, „so traurig, daß sie flennen könnte". Sie rege sich noch leichter auf als früher; sei auch viel reizbarer geworden, „kampele" sich oft schon wegen geringster Kleinigkeiten und vertrage keinen Widerspruch; wenn sie aufgeregt sei, werden die Stimmen lauter. Im Sommer sei es gewöhnlich besser als im Winter; sie fühle sich überhaupt im Sommer besser, so viel freudiger. Sprechen habe sie nie gehört. Sie wisse genau, daß es krankhaft sei „von den Nerven oder vom Blut". Zuweilen fürchte sie, daß sie noch einmal krank im Kopf werde, geisteskrank, schwermütig. Ihr Interesse habe nicht nachgelassen, ihr Gedächtnis sei gut. Aber sie könne nicht mehr so angestrengt arbeiten wie früher und ermüde leicht, sie besorge nur noch ihre Häuslichkeit.

Psychisch: leicht erregt, schreckhaft, redselig; sonst nicht auffällig. Somatisch: L. Pupille $>$ r. Schwache Schleimhautreflexe. Lebhafter Kieferreflex. Puls nicht ganz regelmäßig. Blutdruck etwas erhöht.

Ohrbefund unverändert wie früher. Behandlung bringt vorübergehende Besserung.

Im Vordergrund des Krankheitbildes stehen bei allen drei Kranken Gehörstäuschungen. In den beiden ersten Fällen finden sich neben ihnen — aber von anscheinend mehr untergeordneter Bedeutung — noch andere Störungen, bei der zuletzt beschriebenen Kranken imponieren die Halluzinationen geradezu als isolierte Sinnestäuschungen einer geistig Gesunden. Es sind hier aus einfachen Akoasmen hervorgegangene Halluzinationen von Musik, Melodien und Liedern, die fast von Anfang an als krankhaft angesprochen wurden und in keiner Weise auf das psychische Geschehen, die Stimmung, die Arbeitsfähigkeit Einfluß gewonnen haben. Auch bei der ersten Kranken haben sich die Halluzinationen erst allmählich aus Akoasmen entwickelt. Aber sie wurden zunächst nicht als krankhaft erkannt; sie waren so überzeugend, daß die Kranke völlig unter dem Einfluß der Stimmen stand und tat, was sie ihr auftrugen. Sie lebte in lebhafter Angst; um sich den Stimmen zu entziehen, wechselte sie zweimal die Wohnung, da sie glaubte, es ginge bei ihr um. Die Halluzinationen waren nicht wie bei der letzten Kranken indifferent, sondern kleideten sich in Schimpfworte, in Warnungen und Drohungen. Daneben bestand und besteht auch wohl jetzt noch



Gedankenlautwerden. Die Angst klang allmählich ab, es trat eine Gewöhnung und eine gewisse Einsicht in das Krankhafte ein, die Kranke „kümmerte sich nicht mehr“ um das, was sie halluzinierte. Anders liegen die Verhältnisse bei dem Kranken M. Hier sind die Stimmen angeblich im Anschluß an einen Unfall plötzlich aufgetreten; ihre krankhafte Natur wird zwar wohl erkannt, aber es besteht keine rechte Einsicht, der Kranke macht einen indolenten, etwas defekten Eindruck.

Als Lokalisation der Halluzinationen wird von allen Kranken das Ohr bezeichnet; nur die Kranke K. hat zunächst ihre Stimmen nach außen projiziert, sie aber dann mit beginnender Einsicht wie die andern „ins Ohr“ verlegt.

Die Kranke K. unterschied verschiedene, von mehreren Personen stammende Stimmen, der Kranke M. grobe Männer- und feine Frauenstimmen. Die Halluzinationen schienen unbeeinflußbar und unabhängig vom Willen des Halluzinierenden; es bestand nur insofern ein Abhängigkeitsverhältnis von der Aufmerksamkeit, als die Halluzinationen bei allen für gewöhnlich stärker auftraten, wenn sie allein waren, abends und nachts.

Den Beobachtungen gemeinsam ist der offensichtliche Zusammenhang zwischen Halluzination und Ohrerkrankung. Es finden sich durchweg chronische Veränderungen der Trommelfelle und Tuben-, bzw. Mittelohrkatarrh. Die Behandlung des Ohrleidens bringt, soweit wir das verfolgen konnten, Besserung. Der Kranke M. war schon nach 4tägiger Behandlung frei von Halluzinationen und Akoasmen.

Woher kommt es nun, daß unsere Kranken halluzinieren? In Anbetracht der Entstehung und der Art der Sinnestäuschungen sowie in Hinsicht auf ihre Beeinflußbarkeit durch Ohrbehandlung kann in den mitgeteilten Fällen den peripheren Einwirkungen eine ursächliche, beziehungweise auslösende Bedeutung für das Zustandekommen der Halluzinationen nicht abgesprochen werden. Es ist andererseits klar, daß die Ohrerkrankung nicht die alleinige Ursache sein kann, sonst müßten ja solche Fälle von Gehörstäuschungen ungemein häufig sein, während doch in der Tat nur ein verschwindend kleiner Prozentsatz von Menschen auf diese Reize mit Sinnestäuschungen reagiert. Es handelt sich vielmehr offenbar um Leute, deren Sinneszentren sich in einem Zustand gesteigerter Erregung befinden,



und die, je nach der Intensität dieser Erregung, eines mehr oder weniger großen Zuwachses bedürfen, um Sinnestäuschungen zu empfinden.

Hier scheint die Arteriosklerose eine besondere Rolle zu spielen. Unsere Patienten sind durchweg bereits ältere Individuen, bei denen schon allein die übrigen subjektiven Beschwerden den Verdacht der beginnenden Hirnarteriosklerose erwecken. Die Kranke K. hat zweifellos einen psychotischen Zustand durchgemacht — wir möchten am ehesten an eine präsenile Halluzinose denken —, deren akute Symptome abgeklungen sind und bei der an die nunmehr chronische Halluzinose eine gewisse Gewöhnung eingetreten ist. Bei dem Kranken M. bestand eine Herzverbreiterung, eine hochgradige periphere Arteriosklerose, und auch das gesamte psychische Verhalten bei der Untersuchung wies auf eine Hirnschädigung im Sinne der Arteriosklerose hin. Sein wenige Monate darauf erfolgter Tod durch Suizid macht den Verdacht der Geisteskrankheit noch größer. In gleicher Weise sind bei der Kranken G. die Erhöhung des Blutdrucks, die Unregelmäßigkeit der Herztätigkeit, die Schwindelanfälle, die zunehmende Reizbarkeit und die sonstigen Stimmungsanomalien zu deuten.

Ich habe bereits früher gelegentlich eines Vortrages über isolierte Gehörstäuschungen [1]) erwähnt, daß in der Mehrzahl solcher Fälle wohl ein arteriosklerotischer Prozeß in Frage kommt. *Bonhoeffer* [1]) und *Förster* [1]) haben in der Diskussion zu meinem Vortrag ähnliche Beobachtungen angeführt und sich gleichfalls für den Zusammenhang dieser Gehörstäuschungen mit arteriosklerotischen Vorgängen ausgesprochen. Zu diesen Fällen gehört auch der Kranke, über den *Stein* [2]) berichtet, ein 78jähriger Mann, der ein wirkliches Gesprächswort oder einen kurzen Satz etwa 20 mal im Kopfe, allmählich unter Begleitung von Melodien sich wiederholen hörte; bei der Untersuchung fand sich im rechten Ohr ein Ceruminalpfropf, nach dessen Entfernung die Halluzinationen innerhalb weniger Tage verschwunden waren.

Es kann natürlich ebenso durch andere Hirnerkrankungen das Auftreten von solchen Gehörstäuschungen begünstigt bzw. die Dis-

[1]) Referat, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 66, S. 914 u. 915.

[2]) *Stein*, Über eine besondere Form von Gehörshalluzinationen bedingt durch Cerumenpfropf. Prager med. Woch. 07 Nr. 33. Ref. Jahresbericht f. Neurol. u. Psych. Bd. 11, S. 1118.



position zu ihrem Auftreten geschaffen werden. So berichtet *Goldstein*[1]) von einer beginnenden Paralyse, bei der als erste psychische Störung neben einer geringen Gedächtnisschwäche isolierte Gehörstäuschungen bestanden.

„Bei der 49 jährigen Frau *W.* traten allmählich folgende Gehörshalluzinationen auf: sie hörte besonders nachts andauernd Kindergeschrei, das wie aus der Ferne kommend klang. Andererseits vernahm sie Melodieen singen, deren Text sie nicht verstand, die sie aber der Melodie nach als ihr bekannte Lieder identifizierte. Die objektive Untersuchung ergab einen Befund, der für eine incipiente Paralyse sprach, als deren erstes psychisches Zeichen neben geringer Gedächtnisschwäche die Halluzinationen angesehen werden konnten. An den Trommelfellen, besonders dem rechten, befanden sich Veränderungen mit Kalkeinlagerung, die einen Reizzustand des akustischen Apparates verursachten, der sich auch in dem Hören von allerlei Geräuschen kundgab.“ „Die Frau, die sonst psychisch noch ganz intakt und urteilfähig war, ... hielt sowohl das Schreien wie das Singen zunächst für wirklich.“ „Erst der wiederholte Zuspruch und die genaue Erklärung seitens des Arztes, für die die Frau sehr zugänglich war, überzeugte sie ganz von der Krankhaftigkeit und der Subjektivität der Wahrnehmungen.“

Es kommen aber offenbar, abgesehen von organischen Hirnerkrankungen und von arteriosklerotischen Veränderungen, die vielleicht zu Gehörstörungen besonders disponieren, neben und auch außer ihnen noch andere disponierende Momente für das Zustandekommen solcher Gehörstäuschungen in Betracht. So ist es gewiß kein Zufall, daß sich bei der Kranken K. eine schwere erbliche Belastung findet (auch bei einem Teil der *Uhthoff*schen Fälle von Gesichtstäuschungen war der Einfluß einer hereditären Belastung nachweisbar), und die Disposition der Kranken G. zu psychischen Störungen erhellt nicht nur daraus, daß sie im Anschluß an ein Wochenbettfieber einen psychotischen Zustand durchgemacht hat, sondern sie geht aus ihrer ganzen, ans Manisch-depressive erinnernden Veranlagung hervor. Daß bei solchen disponierten Personen schon geringe Anlässe genügen, um Halluzinationen hervorzurufen, zeigt nachstehender Fall, den *Hudovernig*[2]) aus der psychiatrischen Klinik in Budapest mitgeteilt hat.

[1]) *Goldstein*, Zur Theorie der Halluzinationen. Studien über normale und pathologische Wahrnehmung. Arch. f. Psych. Bd. 44. Heft 2 u. 3.

[2]) *Hudovernig*, Ein Fall von peripher entstandener Sinnestäuschung Ztrbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1906, S. 255.



Es handelt sich um einen neuropathischen erblich stark belasteten 18jähr. Jüngling, welcher angab, seit 14 Tagen „ständig, namentlich aber des Nachts, unangenehme Akoasmen zu haben, indem er neben einem ununterbrochenen dumpfen, dem Murmeln ähnlichen Geräusch zeitweise eine menschliche Stimme hört, welche seine eigenen Gedanken im Momente des Entstehens sofort mit lauter Stimme wiederholt. Diese Stimme ist ihm derart unangenehm und quälend, daß sie ihn in seinem Tun und Lassen störend beeinflußt, ihm selbst die Lust zum Essen raubt und ihn nachts — wenn die Stimme besonders stark tönt — am Schlafen verhindert." „Nach einer Woche haben die Halluzinationen an Intensität nur zugenommen, mit der Modifikation, daß sie links ausgesprochener wurden; sonst aber zeigte sich keine Spur einer psychischen Erkrankung." „Die Untersuchung des Ohrs ergab eine große Menge Cerumens im linken äußeren Gehörgang, ferner fand sich daselbst ein bis an das Trommelfell gepreßter harter Wattepfropf; außerdem war an den Ohren weder eine organische noch eine funktionelle Abweichung nachweisbar." „Nachdem der Wattepfropf entfernt war, haben die Akoasmen des Kranken sofort bedeutend nachgelassen, und nachdem es ihm noch einige Tage hindurch schien, als ob er ein sehr entferntes Murmeln hören würde, hörten dieselben gänzlich auf."

In unseren Fällen kommen beide Momente in Betracht, die Hirnarteriosklerose und die psychopathische individuelle Disposition. Die erste Kranke ist erblich belastet und (arteriosklerotisch) psychotisch, der zweite ist arteriosklerotisch defekt und progredient geisteskrank, die dritte hat bereits mehrfach eine psychische Erkrankung durchgemacht, sie zeigt manisch-depressive Züge und Symptome einer beginnenden Gefäßverkalkung. In Kombination mit peripheren Ohrerkrankungen treten bei allen Gehörstäuschungen auf, die im Krankheitbild dominieren und ihm so eine besondere Färbung verleihen. Bei Behandlung des Ohrenleidens — wenn es gelingt, die periphere Störung zu beseitigen — klingen die Gehörstäuschungen ab.

Diagnostisch ist wichtig, daß man sich auch bei isoliert scheinenden Halluzinationen nicht mit dem Feststellen etwaiger peripherer Erkrankungen begnügt, sondern daß man nach anderweitigen krankhaften Störungen forscht. Denn es darf aus dem Vorhandensein von Gehörstäuschungen der Schluß gezogen werden, daß noch andere Störungen zugrunde liegen, daß es sich um psychopathische oder psychotische Menschen handelt, oder daß eine beginnende Hirnarteriosklerose oder eine andere Hirnerkrankung im Anzug ist.



Über die Mechanik der Wahnbildung[1]).

Von

Dr. med. et phil. **Erwin v. Niessl-Mayendorf**, Priv.-Doz. in Leipzig.

Der kühne Vorstoß, welchen *Th. Meynert* aus dem Gebiete der Gehirnanatomie und Gehirnpathologie in das der Psychiatrie unternahm, ist, wenn man von schwächlichen Anläufen absieht, ohne Nachfolge geblieben. *Wernickes* selbständige Deutung der Psychosen gründete sich auf Gedankenreihen, welche sich innerhalb der von *Meynert* weit gezogenen Grundlinien auf keine speziellere Kenntnis vom Gehirnbau beriefen oder aus dieser neue funktionelle Folgerungen ableiteten.

Der Grund für das Verlassen gehirnanatomischer Anwendungen in der Psychiatrie liegt nicht, wie man nach dem schneidig vorgetragenen, aber blanken Unsinn von dem Bankrott der Gehirnanatomie wähnen möchte, an der Unzulänglichkeit anatomischer Prämissen und der Unmöglichkeit, die sogenannten psychopathischen Symptome aus diesen zu erklären, sondern an e i n s e i t i g e r Methodik, an der fast ausschließlichen Beschränkung der Betrachtung auf die Hirnrinde, an einer nur ungenügenden und daher wenig präzisen Analyse und Definition der psychischen Elemente selbst.

So hat *Nißl* den Gesichtspunkt der pathologischen Veränderung der kortikalen Ganglienzellen in ihrer feineren und feinsten Struktur bei einer zu gleichmäßigen Würdigung der Zellindividuen verschiedener Rindenregionen einseitig festgehalten. Die histologische Beschaffenheit des einzelnen Zellbildes kann nie ein klinisches Symptom erklären, erst der Nachweis dieser Abnormitäten an ganzen O r g a - n i s a t i o n e n in der gesamten Rindenfläche vermag vage Beziehungen zu, nicht aber scharf gegenständliche Vorstellungen von dem Zustandekommen psychopathischer Erscheinungen zu geben. Diese Beziehungen scheinen eine Antwort auf die Frage, w a r u m sich krank-

[1]) Nach einem auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie gehaltenen Vortrage. S. diese Ztschr., Bd. 68, S. 550.



hafte Erscheinungen überhaupt entfalten müssen, nicht aber warum sie in dieser oder jener symptomatischen Gestalt zutage treten. Bei dem heute über dem Verhältnis zwischen Ganglienstruktur zur Ganglienfunktion schwebenden Dunkel vermag nicht einmal bezüglich der einzelnen Rindenzelle aus dem scheinbar protoplasmatischen abnormen Bilde, abgesehen natürlich von dem Zerfall, der weitgediehenen Schrumpfung oder der Verkalkung des Zellkörpers, etwas für den Zustand der vollen, der abgeänderten, der verlorenen Funktion geschlossen werden. Aus der Tatsache, daß Vergiftungen in ihrer Wirkung auf die Struktur des Ganglienleibes Veränderungen hervorrufen können, denen ähnlich, welche man an den Rindenkörpern von Geisteskranken, auch ohne nachweisliche Intoxikation wahrnehmen kann, schloß man, daß die Veränderungen der Rinde bei den Psychosen noch unerkannten Ursprungs auf Intoxikationen beruhen müßten, wenn man dieselben bisher auch nicht nachweisen konnte. Man triumphierte in kritikloser Verallgemeinerung mit der Proklamation der nicht auf manifeste Infektion zurückführbaren Psychosen als auf Intoxikationskrankheiten, als ob mit dieser willkürlich hingestellten Meinung auch nur ein Schritt in wirklicher Erkenntnis nach vorwärts getan wäre.

Gelänge es, selbst für jede Geisteskrankheit ein entsprechendes virus zu entdecken, so würde mit diesem nicht mehr, nicht weniger als der ursächliche Faktor für das Auftreten der Geisteskrankheit als solcher, nicht aber eine Erklärung ihrer speziellen Symptomatologie gegeben sein. Auch das von *Nißl* und *Alzheimer* ja bis zu den extremsten histologischen Subtilitäten gesteigerte, pathologische, sowie von *Ramon y Cajàl* für das normale Gebiet geförderte Detailwissen erweist sich in Hinblick auf die Deutung psychischer und psychopathologischer Erscheinungen als durchaus steril, solange nicht die anatomischen und funktionellen Beziehungen der Details zueinander, solange nicht die Zusammenhänge geklärt werden können, denn aus ihnen sind erst Vorgänge zu begreifen, die sich als psychische Einheiten darstellen, und erhellt die funktionelle Bedeutung des einzelnen Elementes.

Im Gegensatz zu der naiven Hoffnungsfreude, mit einer heute noch ungeahnten Verfeinerung der histologischen Technik den Schleier vom funktionellen Geheimnis zu lüften, rückt die Erforschung der viel



gröberen Zusammenhänge im Großhirnbau schon heute einem Parallelismus zwischen morphologischer Bildung und seelischer Erscheinung weit näher.

Eine vollkommene Kenntnis der inneren Konstruktion der Hemisphären würde aber gleichfalls noch nicht hinreichen, um aus ihrer Betrachtung a l l e i n Schlüsse für die Mechanik der psychischen Vorgänge abzuleiten. Pathologische Anatomie, Psychologie und Morphologie müssen sich in ihren Ergebnissen ergänzen, um dort, wo dies der Fall ist, wo es möglich wird, psychologische mit morphologischen und pathologischen Tatsachen zur Deckung zu bringen, G e s e t z e d e r G e h i r n m e c h a n i k zu suchen, innerhalb deren Grenzen Formen und Ablauf des psychischen Geschehens notwendig gegeben sind.

Im folgenden wird der Versuch unternommen auf Grund der Voraussetzungen, welche der heutige Stand unseres Wissens in den beregten drei Forschungsgebieten an die Hand gibt, eine Anschauung von dem Zustandekommen des Irreseins, welches in Wahnbildung und Halluzination, diesen beiden einem einzigen Mechanismus entspringenden Phänomenen, klinische Form gewinnt, zu entwickeln.

Die Divergenz der Meinungen über Wesen und Bedeutung der Großhirnfunktionen schwindet in der Überzeugung von der funktionellen Differenz der einzelnen Hemisphärenteile. Die Vulnerabilität bestimmter Territorien bei umschriebener Hirnverletzung ist zu greifbar, die ausgelöste Symptomatologie zu grell und konstant, um nicht einen Zusammenhang zwischen gestörter oder zerstörter Örtlichkeit und der verlorenen Fähigkeit annehmen zu müssen.

Diesen, nur kleine Areale einnehmenden Großhirnabschnitten steht das übrige Großhirn gegenüber, dessen Zerstörung, selbst in großem Umfange mit keinen sicher nachweisbaren und regelmäßig zu erwartenden Krankheitzeichen antwortet, unter der Bedingung, daß die zu dem Kortex der ersterwähnten Regionen ziehenden Leitungsbahnen unberührt bleiben.

Es ist *Broadbents* Verdienst in England und nach ihm *Flechsigs* in Deutschland gewesen, die funktionellen Unterschiede dieser Rindenzonen als Systeme gewürdigt zu haben, und wenn in den folgenden Darlegungen der Anschauungsweise genannter Forscher völlig Fremdes, ja Entgegengesetztes bezüglich ihrer funktionellen Attribute vorge-

bracht wird, so baut sich diese Erkenntnis auf dem erstgewonnenen Fundament des funktionellen Unterschiedes auf.

Vor allem drängt sich aber die Frage auf, ob die berührte Gegensätzlichkeit des Verhaltens bei pathologischen Anlässen in einer Verschiedenheit des Rindenbaues und dessen Verbindungen oder einer territorialen Verschiedenheit im Gefüge der Leitungsbahnen im Hemisphärenmark, in Knotenpunkten und Kreuzungen derselben gegeben sei.

Zur Entscheidung dieser Frage dürfte die auf folgende drei Gesichtspunkte sich richtende Aufmerksamkeit beitragen: 1. ob reine Rindenerkrankung der Fokalgebiete sich symptomatisch bemerkbar mache; 2. ob der Rindenbau der Fokalgebiete ein von der übrigen Hirnrinde entschieden differenter sei, und ob sich diese histologische Differenz mit der ausgefallenen Leistung in irgend welche Beziehung bringen lasse; 3. ob sich aus der anatomischen Betrachtung des Hemisphärenmarks der Fokalgebiete Anhaltpunkte für eine derartige Anordnung von Leitungen ergäben, wie wir sie zur Erklärung der hervortretenden Symptome ungeachtet des besonderen Rindenbaues zu fordern hätten. *v. Monakow* stützt sich bei Heranziehung der Diaschisis als des wesentlich kausalen Momentes neben den nachbarlich und weiterhin provozierten Zirkulationsstörungen und dynamischen Veränderungen hauptsächlich auf die Lösung derartig gedachter Verbindungen. Während in der Literatur im ersten Aufblühen klinisch-anatomischen Denkens der reine Rindenherd eine große, oft ausschlaggebende Rolle gespielt hat, ist man, sobald die Betrachtung am Durchschnitt oder gar am durchsichtigen, gefärbten Serienschnitte allgemeiner und gründlicher gepflegt wurde, zu der Einsicht gelangt, daß die früheren Rindenherde, allzu tief in das Hemisphärenmark eindringend und Verbindungen zwischen ferneren Rindenpunkten gleichzeitig zerreißend, für die Zuerkennung physiologischer Attribute an bestimmte Rindenregionen als unbrauchbar abzulehnen seien.

In seltenen Fällen sind aber auch in jüngster Zeit noch Läsionen zur Beobachtung gelangt, welche, der aufgeworfenen Kritik standhaltend, die Rindenschale allein ergriffen hatten und in solcher Distanz von den subkortikalen langen Assoziationsleitungen sich begrenzten, daß an eine Einwirkung auf dieselben kaum gedacht werden konnte. So brachte *Bonhoeffer* in diesem Jahre eine, nur auf die Rinde der



linken temporalen Querwindungen und deren nächste Umgebung beschränkte Erweichung mit dem klinischen Bilde einer ausgesprochenen sensorischen Aphasie zur Sprache, und *Oppenheim* gewahrte an einem über der motorischen Sprachregion Trepanierten, daß, wenn ein Tupfer aufgelegt wurde, welcher die pialen Gefäße dieser Rindengegend komprimierte, der Kranke nicht mehr sprechen konnte, welcher Zustand sofort verschwand, wenn der Tupfer wieder entfernt wurde.

Die Entdeckung der Tatsache von dem histologisch verschiedenen Aufbau der Fokalrinden fällt mit der Erkenntnis der örtlichen Verschiedenheiten der Großhirnrinde durch *Meynert* zusammen. Das Gesetzmäßige dieser Verschiedenheit ist in dem Zusammenhang einer geschlossenen Anschauung über die Funktionen des Großhirns zum erstenmal von *Flechsig* betont und auf das Vorhandensein auffallend großer Pyramiden hingewiesen worden. Mit Unrecht ist dieser Behauptung *Flechsig*s widersprochen worden; Pyramiden von der Größe jener solitären Elemente sind, wie die Messungen *Campbells* festgestellt haben, nur in den kortikalen Sinneszentren *Flechsigs* nachweisbar.

Der charkteristische Bau der Fokalrinden, welche mit den kortikalen Sinnessphären *Flechsig*s als im großen und ganzen als identisch betrachtet werden dürfen, kündigt sich im *Weigert*schen Übersichtsbilde ganzer Hemisphärenschnitte durch den intrakortikalen Tangentialfaserreichtum unverkennbar an. Eine beiläufige Demarkierung dieser Rindenfelder ist an solchen Präparaten, und zwar an Durchschnitten fast jeder Richtung, dem Kenner möglich.

In proportionalem Parallelismus zu dieser Abundanz horizontaler Markfäserchen befindet sich das Anwachsen der Zahl jener kleinen Zellelemente, welche in jeder Rindenregion die vierte Schicht konstituieren, in der Fokalrinde diese Schicht jedoch derart verbreitern, daß sie durch Einreihen jener großen Pyramiden in gewisser Schnittrichtung gleichsam gedoppelt erscheint, um die zwischen den eindringenden Marksäulen freibleibenden Räume in jeder Rindenhöhe dicht zu erfüllen. Das zytoarchitektonische Strukturbild verliert infolge der allörtlichen Vermehrung der kleinen Nervenkörper das geordnete Aussehen der unschwer erkennbaren Sonderung in Schichten, wie sie in der Rinde der stummen Hirnteile hervortritt.

Das wesentlichste Kennzeichen der Fokalrinde ist, sobald die Grundlinien in der Anordnung der Zellkörper im Strukturbilde durchblickt werden, nicht eine Verschiedenheit dieser Anordnung, nicht das Erscheinen besonderer Zelltypen, sondern eine Steigerung im Wachstum des gesamten Rindenbaues sowie des einzelnen Elementes, eine anscheinende Vermehrung dieser, und Vergrößerung jener Nervenkörper.

Endlich stellt sich der Leitungsmechanismus des Hemisphärenmarks unter den Rindengegenden der Foci an *Weigert*-Präparaten in klaren, überzeugenden Bildern dar, welche das Einstrahlen kompakter, kräftiger Faserzüge aus den Stammganglien erkennen, Knoten- und Kreuzungspunkte langläufiger subkortikaler Assoziationsbündel jedoch vermissen lassen.

Diese drei, den Erfahrungen der Pathologie und Anatomie entnommenen Tatsachen weisen auf die Hirnrinde, als auf den Ort des Zustandekommens jener Erscheinungen hin, dessen Ausfälle als charakteristische Symptome dem Kliniker imponieren.

Es wird nun zu untersuchen sein, welcher psychische Charakter diesen Erscheinungen eignet, um aus der Betrachtung aller Feinheiten des inneren Gefüges der Fokalrinde zu einem Schlusse zu gelangen, welcher auf die Frage, ob dieses Instrument zu solcher Leistung befähigt sei, eine mehr minder bestimmte Antwort gibt.

Die älteren Untersucher, welche die bei Läsion der Fokalrinde aufgetretenen Krankheitzeichen zuerst beobachtet und geschildert haben, verbanden mit ihnen einen sehr prägnanten Begriff, indem sie von dem Verluste bestimmter Gedächtnisspuren, Erinnerungsbilder und Vorstellungen sprachen.

Eine solche Deutung der Ausfallsymptome erschien *Pierre Marie* bei seinem Versuch einer Revision der Aphasielehre als ganz ungenügend, und *v. Monakow*[1]) spottete der psychologisch-anatomischen Betrachtungsweise als einer naiven, welche „zwei einander fremd gegenüberstehende Gesichtspunkte, den anatomisch-physiologischen und den vorwiegend auf Selbstbeobachtung beruhenden psycholo-

[1]) *v. Monakow*: „Über Lokalisation der Hirnfunktionen," 1910. (Bei Bergmann) Vortrag, geh. auf der Naturforscherversammlung zu Königsberg.



gischen, miteinander vermenge". Fernere Gegenargumente wider die aus dem pathologischen Hirnbefund geschlossene Art der Funktionsstörungen erblickt *v. Monakow* in der nur kurzen Dauer des ursprünglich aufgetretenen Symptomenkomplexes, in dem meist elementaren Charakter des dauernd zurückbleibenden Restes der Ausfallerscheinungen, in dem Ausfall nur bestimmter Komponenten einer nervösen Funktion, welcher Ausfall sich niemals auf eine ganze abgerundete Funktion selbst erstrecke. „Jedenfalls", schließt *v. Monakow*, „sind bei begrenzten kortikalen Zerstörungen unverkennbare psychische Störungen im Sinne eines Ausfalls von ‚Vorstellungen' als Dauererscheinungen bis jetzt mit voller Bestimmtheit, d. h. ohne künstliche Interpretation, n i c h t zu erkennen." Die physiologischen Vorgänge in den Fokalrinden erscheinen *v. Monakow* unter den vagen Bildern „einer ersten Aufreihung von Sinnesreizen" oder „einer Realisation nervöser Akte usw."

Befremdet in diesen Darlegungen die Behauptung, daß, trotz zweifellosen Erweises Jahre hindurch bis zum Tode bestehender Aphasien und Asymbolien durch umschriebene Herderkrankung der fraglichen Rindenbezirke der Fokalrinde nur Funktionen e l e m e n t a r e n Charakters zugeschrieben werden dürfen, so überrascht die unklare Fassung, welche diesen elementaren Funktionen gegeben wird. An einer Stelle offenbart uns jedoch *v. Monakow* durch Hinzufügung spezieller Zusätze innerhalb einer Klammer die gemeinten elementaren Ausfallsymptome, welche im Gegensatz zu den Ausfällen „ganzer abgerundeter Funktionen", „psychischer Störungen im Sinne von Vorstellungen", persistieren sollen. Als solche elementare Störungen werden „Lähmungen", „Anästhesien", „Hemiopien" genannt. Aber auch diese Behauptung dürfte den Gehirnpathologen nicht ohne weiteres einleuchten. Von kortikalen Herderkrankungen abhängige Bewegungsstörungen tragen fast nie den Charakter eines reinen und unkomplizierten Motilitätdefekts. Dasselbe gilt von den Anästhesien. Nahezu regelmäßig, ja für den kortikalen Sitz der Erkrankung geradezu charakteristisch, werden kortikale Paresen oder Anästhesien von Astereognose und Störungen der Lageempfindung begleitet, und es ist keineswegs erweisbar, daß die letzteren Symptome flüchtiger sind als die ersteren. Auch Paresen können, wie uns *Ladame — v. Monakow* mit kasuistischem Belege und *Horsley* nach Exstir-



pation des linkseitigen kortikalen Armzentrums gezeigt haben, wieder vollends verschwinden, und auf der anderen Seite stehen zuverlässig festgestellte, bis zum Tode ungebessert währende Aphasien und Asymbolien. Die bilaterale homonyme Hemianopsie ist allerdings ein elementares, unkompliziertes Ausfallsymptom ohne jede Neigung zu Restitutionen, in stabilen Fällen findet nur ganz selten eine spätere Erweiterung der lichten Gesichtsfeldhälfte nach der verlorenen Seite hin und kaum je ein vollkommener Wiederersatz dieser statt[1]).

Aber eingeräumt, daß zwischen Lähmungen, Anästhesien, Hemiopien und aphasisch-asymbolischen Symptomen kein gradueller, sondern ein prinzipieller Unterschied ihrer Persistierbarkeit bestünde, so würde der aus dieser Tatsache von *v. Monakow* gezogene Schluß, daß die Fokalrinden die eigentlichen Werkstätten der ausgefallenen elementareren Funktionen, die aphasich-asymbolischen Erscheinungen jedoch auf entferntere Funktionsunterbindungen, etwa durch Diaschise, zurückzuführen seien, keinesfalls zwingende Geltung haben. Eine viel näher liegende Erklärungsmöglichkeit, welche uns der wenig ermutigenden Aufgabe überhebt, die in das Unbestimmteste führenden Linien der Diaschisistheorie zu ziehen, wäre in einem von der Erfahrung gefundenen, vielleicht aus dem Bau sich ergebenden physiologischen Gesetz gegeben. Die Pathologie kortikaler Herde lehrt, daß die Funktionen, deren Schädigung sich in aphasisch-asymbolischen Symptomen einer Extremitätenhälfte kundgibt, sich in *je einer Hemisphäre abspielen müssen, während die elementaren Funktionen nur in einer und zwar der kontralateralen Hemisphäre ihre physiologischen Ausgangspunkte besitzen*[2]). Es gibt ein motorisches Sprachzentrum der linken und rechten Hemisphäre, ebenso muß der kortikale Sitz der Wortwahrnehmung bei dem

[1]) Das außerordentlich reichhaltige kasuistische Material über Hemianopsie bedarf noch vom Gesichtspunkt der Wiederherstellung des Sehdefekts einer kritischen Sichtung, so daß von der Unmöglichkeit einer Restitution der Halbseitenblindheit heute noch nicht gesprochen werden kann.

[2]) Dieser Satz darf nicht dahin mißverstanden werden, daß für die elementaren Funktionen *nur* in den kontralateralen Sinnesfoci eine anatomische Präformation gegeben sei; es handelt sich im Gegensatz zu den komplexeren Erscheinungen nur um die Verschiedenheit *funktioneller Grade*.

leichten Verschwinden der Worttaubheit sowohl links wie rechts gedacht werden, und alles spricht dafür, daß die Macula links wie rechts kortikal repräsentiert sei. Dies schließt natürlich eine gewöhnliche funktionelle Überwertigkeit der linkshirnigen Fokalgebiete nicht aus. Die funktionelle Bahnung bei komplizierteren Funktionen scheint demnach bilateral, für elementarere Leistungen nur unilateral vorhanden zu sein.

So erklären sich die von *v. Monakow* angezogenen Erfahrungstatsachen anders, einfacher und ungezwungener, indem die Restituierbarkeit der aphasisch-asymbolischen Symptome in der Möglichkeit eines allmählichen Eingeübtwerdens der korrespondierenden rechtshemisphärigen Rindenfelder zu suchen sein wird. Bemerkenswert ist der Umstand, daß sich rechtseitige Tastblindheit bei der Zerstörung der linken kortikalen Handzone fast nie restituiert und so oft das elementarere Ausfallsymptom der „Parese" überdauert.

Die motorische Aphasie, als Erscheinung eines sicher komplizierteren Funktionsausfalls, bleibt stehen, während oft die anfängliche Zungen- und Lippenlähmung dem Zustand normaler Beweglichkeit weicht. Dies widerspricht auf den ersten Blick dem oben von den Befunden der Pathologie abgeleiteten Satz sowie der von *v. Monakow* behaupteten Persistenz elementarer Störungen. Ich glaube, man muß bei der Verwertung der Restitutionserscheinungen für die Lokalisation von Fähigkeiten zwei Dinge auseinander halten: 1. Die anatomische Anlage, 2. den durch die Gewohnheit bestimmten Grad der funktionellen Bahnung sowie den Intensitätsgrad der Widerstandschwelle. Es ist zwar durch anatomische Anschauung der Beweis erbracht, daß die rechten Netzhauthälften nur mit der rechten, die linken nur mit der linken Sehsphäre des Großhirns durch direkte Leitungen verbunden sind, nicht aber, daß der rechte Arm nur mit dem mittleren Drittel der linken, nicht aber mit demjenigen auch der rechten einen unmittelbaren Faserkonnex besitzt, da wir, abgesehen von dem Hinüberstreichen der Erregungen über die Wege der Rückenmarkskommissuren, außer einem gekreuzten Pyramidenseitenstrang auch einen ungekreuzten Pyramidenvorderstrang kennen. Die Parese des rechten Armes wird sich daher zurückbilden können, die Hemianopsie kann durch kein Vikariieren anderer Fasersysteme zum Ver-

schwinden gebracht werden. Unser Gesetz hat demnach nicht eine absolute anatomische, sondern eine relativ physiologische Gültigkeit. Dort, wo anatomische Verbindungen fehlen, ist ein Vertreten natürlich unmöglich, dort, wo sie jedoch vorhanden sind, kann der Grad der Leichtigkeit einer solchen Vertretung von dem Grad der funktionellen Bahnung abhängen. Die kortikalen Repräsentationen der peripheren Organe für die feinsten und schärfsten Wahrnehmungen sind sicher anatomisch bilateral angelegt.

Aber die Hypothese des vikariierenden Eintretens der anderen Hemisphäre wird für *v. Monakow* zur Undurchführbarkeit und Unmöglichkeit, indem er sich Gedankengängen wie diesen hingibt: „Ohne eine gewisse, in engerem Rahmen sich bewegende Kompensation gröberer nervöser Mechanismen (durch bessere Ausnutzung bzw. ergänzendes Auswachsen von Seitenästen mancher Leitungen) in Abrede zu stellen, muß ich mich der Substitutionshypothese, die so weit geht, daß sie Bildung neuer funktioneller Werkstätten an einem der verloren gegangenen Funktion ursprünglich fremden Orte verlangt, und gleichsam einen retrograden Ersatz von hochwertigen Leistungen fordert und dies für Leistungen, zu deren Erwerb, wie z. B. bei der Sprache, langjährige Übung und ein in bestimmter Weise fortschreitender Entwicklungsgang notwendig war, ablehnend verhalten."[1])

Zweitens sei es unzulässig, neuen Ersatz von Funktionen Windungen zuzumuten, die nicht selten selber durch Krankheit, Erschöpfung usw. bereits geschwächt sind. Drittens kehrten hochwertige Leistungen, ohne daß Störungen irgendwelcher Art zurückblieben, zurück, während man zu erwarten hätte, „daß jeder Neuerwerb von seiten anderer als hierzu speziell befähigter Zentren doch nur auf Kosten der diesen letzteren ursprünglich zugewiesenen Funk-

[1]) *v. Moonakw*: „Über die Lokalisation der Hirnfunktionen". Wiesbaden 1910. S. 17.

tionen übernommen werden könnte." Endlich müßte der weitere Ausbau der Vikariierungshypothese, statt zur Stütze, zur Verneinung selbst der phylogenetisch am meisten gesicherten glied- und sinnestopographischen Lokalisation im Großhirn führen.

In der Anmerkung zu S. 17 führt *v. Monakow* weiter aus: „Eine Reversion von in bestimmter Kontinuität rezipierten Eindrücken, eine zeitliche Umgestaltung oder ein Umbau der Bestandteile der verschiedenen Erregungsordnungen ist wohl nicht möglich, es muß vielmehr jede neue Gedankenverbindung, jede neue Handlung auf früher eingeübte Erregungskreise sich aufbauen und an solche sich anknüpfen, soll die Einheit der individuellen Erfahrungen bzw. der persönlichen Erlebnisse nicht auseinanderfallen. Wie soll da nun der „Verlust von Werkstätten für optische, akustische und andere Vorstellungen", wie sollen da aus vielen Lebensperioden stammende Erregungsprodukte, bzw. der sukzessive angesammelte Erfahrungsinhalt, die Basis für jede neue Bereicherung unserer Vorstellungen in so kurzer Zeit nachgeholt werden! Würde es sich da nicht um einen funktionellen Anachronismus handeln?"

Eine Erklärung für die auf die örtliche Erkrankung folgende „Funktionseinstellung" sieht *v. Monakow* „in einer passiven Hemmung, welche an selbst gesund gebliebenen, aber mit dem Herd durch Fasern verbundenen Nervenzellenkomplexen ihren Angriffspunkt hat". Aus dem Umstande der funktionellen Hemmung, nicht organischen Zerstörung, ergebe sich die Möglichkeit einer Restitution.

Eine Kritik, welche mit der Wucht vierfacher Begründung niederreißt, wird durch eine positive, jedoch nichts weniger als naheliegende oder notwendig sich aufdrängende und von klaren Vorstellungen geleitete Hypothese vervollständigt.

Es leuchtet ein, daß die Berechtigung dieser, ja überhaupt das Bedürfnis, eine durch Spekulation erkünstelte Annahme so weit herzuholen, nur dann vorliegt, wenn sich die Gründe des absprechenden Urteils über die Vikariierungshypothsee als stichhaltig erweisen. Man betrachte und prüfe daher im einzelnen, welche Anschauungsweise über die Vorgänge der Gehirnmechanik von *v. Monakows* Kritik getroffen wird.



v. Monakow hat offenbar nur die Substitutionsmöglichkeit durch anscheinend normale Partien der erkrankten Hemisphäre selbst vor Augen. Natürlich werden auch die durch den Herd selbst nicht vollständig vernichteten oder tangierten Großhirnwindungen in ihrer Funktion als geschädigt zu betrachten sein, und der Gedanke wäre geradezu absurd, daß Rindengebiete mit ganz anderen anatomischen Konnexen, als das ausgefallene, einzig durch das Ersatzbedürfnis eine funktionelle Befähigung erwürben, welche aus ihrem Bau und ihren Verbindungen nicht erklärbar wäre. Alle dieser Substitutionshypothese von *v. Monakow* gemachten Vorwürfe haben daher ihre volle Berechtigung.

Ganz anders steht aber die Sache, wenn man die zweite Möglichkeit einer Substitution in Betracht zieht. Die rechte Hemisphäre zeigt einen mit der linken durchaus kongruenten Rindenbau und kongruente Markfaserverhältnisse, sowie ihre leitenden Beziehungen zur Peripherie den linken durchaus entsprechen. Ist es nicht das natürlichste Postulat von der Welt, wenn wir derselben Gestaltung auch die gleiche Funktion zumuten? Zwischen beiden Hemisphären besteht kein qualitativer, sondern nur ein quantitativer Unterschied in den Funktionen. Das erhellt unzweifelhaft aus der funktionellen Präponderanz der rechten oberen Extremität. Der zentrale nervöse Mechanismus der linken oberen Extremität kann, wie die Erfahrung des Tages zeigt, die feineren und feinsten Bewegungskombinationen entwickeln. Es handelt sich aber hier um einen gewöhnlich und normalerweise niedrigeren funktionellen Intensitätsgrad nervöser Zentren, nicht um die Akquisition von Leistungen, welche diesen zentralen Werkstätten ursprünglich fremd waren. Gerade das Beispiel der Sprache, welches *v. Monakow* heranzieht, beweist, daß eine hochwertige Funktion von Gehirnpartien geleistet werden kann, welche sicher nicht bei jedem Sprachakte die Höhe ihrer Funktion entfalten, und es ist durchaus unwahrscheinlich, ja mit klinischen Beobachtungen geradezu unvereinbar, nur der linken Hemisphäre eine anatomische Präformation für die Produktion sprachlicher Äußerungen zuzusprechen. Rechts und links ist die Anlage vorhanden, rechts und links wird diese ausgebildet, die Häufigkeit peripher angesponnener und in der Folge auch assoziativer An-



regungen links übertrifft jedoch die Zahl derjenigen der rechten Seite, weshalb auch die Erregbarkeitschwelle links eine bedeutend geringere ist.

Wenn man die rechte Hemisphäre als ein schwächer funktionierendes Duplikat der linken auffaßt, dann sind auch alle weiteren Bedenken *v. Monakows*, daß die Wiederherstellung der Funktion Windungen zugemutet würde, die nie zuvor etwas mit dieser zu tun gehabt hätten, hinfällig. Auch von einer anachronistisch-retrograden Entwicklung der Funktion kann da natürlich keine Rede sein, denn die rechte Hemisphäre entwickelt ihre Funktionen ebenso sukzessiv als die linke. Der Anstoß zu einer Steigerung der Funktion zu jener Höhe, welche den linkseitigen Zentren eigen ist, wird durch die pathologisch bedingte Einstellung der Funktion in der linken Hemisphäre gegeben, da sowohl von der linken als der rechten Körperperipherie die Reize nun in die rechte Hemisphäre gelangen müssen. Es ist da leicht begreiflich, daß in verhältnismäßig kurzer Zeit die wiedergewonnene Funktion der verlorenen auf ein Haar gleichen kann, zumal die identisch gebaute Rindenstruktur durch Übung, die ihr einzig gefehlt hat, nun die ursprünglich nur der linken Hemisphäre zukommende Funktionshöhe erreicht.

Während für die anscheinend gesunden Windungen der erkrankten Hemisphäre der Verdacht funktioneller Erschöpfung in einer regelmäßig sich einstellenden Atrophie der ganzen Hemisphäre greifbar morphologischen Ausdruck gewinnt, spricht für die funktionelle Intaktheit der herdfreien Hemisphäre der Mangel jeder sichtlich geweblichen Rückbildung, ja nicht selten eine auffallend sich hervordrängende übermäßige Größe jener Windungen, welche mit den zerstörten der anderen Seite korrespondieren.

Aus der strengen Rindenlokalisation, die in der rechten wie in der linken Hemisphäre immer die gleichen kortikalen Felder für die gleichen Funktionen in Anspruch nimmt, erhellt eine sehr entschiedene, strikte Bejahung, nicht Verneinung „der phylogenetisch am meisten gesicherten, glied- und sinnestopographischen Lokalisation im Großhirn“.

Diese durchaus einfache Anschauung der Großhirntätigkeit enthebt uns der Annahme, welche zur Aufstellung der Diaschisis ge-



nötigt hat, daß nämlich die ausgefallene Funktion nicht die Funktion des anatomisch ausgefallenen Großhirngewebes und mit diesem dauernd verloren sei, sondern auf einer vorübergehenden Unterbindung, auf einer Hemmung selbst gesund gebliebener, aber mit dem Herd in einem anatomischen Kontakt stehender Windungen beruhe. Die Funktion des zerstörten Großhirnbezirkes kann, trotz ihrer Restitution, als dauernd verloren betrachtet werden, weil sie ein zweites Mal in den korrespondierenden Rindenpartien der anderen Hemisphäre bereit liegt.

Lehne ich *v. Monakows* Diaschise als eine von den klinischen Erscheinungen keineswegs geforderte Grundlage ab, so liegt mir ob, zu untersuchen, inwieweit die geschmähte klinisch-anatomische Methode den heute vorliegenden Tatsachen Rechnung trägt, inwieweit sich die psychologische Definition des Lokalisierbaren bei den Vertretern dieser von derjenigen, welche *v. Monakow* gibt, unterscheide. Lokalisierbar sind, wie gelehrt wurde, Vorstellungen i. e. die Erinnerungsbilder der einzelnen Sinnesgebiete. Nach *v. Monakow* sind die Vorstellungen komplizierte psychische Vorgänge und aus diesem Grunde nicht lokalisierbar. Die Meinungsverschiedenheit beruht hier offenbar auf einer verschiedenen Fassung des Begriffs der Vorstellung. Dieselbe bedeutete ihrer Genese nach im Sinne der herrschenden Lehre nichts weiter als das funktionelle kortikale Residuum einer bei der ersten Wahrnehmung der Gehirnrinde zugeführten Summe sinnlicher Reize, deren besondere Anordnung in dem peripheren Aufnahmeorgan oder in der Zentralstelle als „Lokalzeichen", deren Vereinigung als Form zum Bewußtsein gelangt. Der physiologische Hergang ist unschwer zu versinnlichen. Eine Anzahl von Zellen des Aufnahmeorgans trifft ein peripherer Reiz, welcher wieder zu einer Anzahl von Ganglienzellen des kortikalen Zentralorgans geleitet wird, woselbst die gereizten Elemente durch Fasern verbunden sind. Die Sinnesempfindung hängt von der Beschaffenheit der peripheren Sinneszellen ab, das Lokalzeichen von der Lage des gereizten nervösen Elementes in der peripheren Ausbreitung des Sinnesnerven, die Form von der besonderen Gruppierung der gereizten Elemente. Das sind Postulate, welchen in dieser Allgemeinheit wohl kaum widersprochen werden kann. Ungemein klar werden diese Reizvorgänge unter der Voraussetzung einer



strengen Wiederholung der elementaren Anordnung der Sinnenperipherie in der Hirnrinde. Der wesentliche Unterschied zwischen Peripherie und Kortex läge in der funktionellen und anatomischen Bindung der gereizten Elemente in letzterem.

Das Wiedereintreffen identischer Wahrnehmungen, welchen identische physiologische Veränderungen zugrunde liegen müssen, führt zu der gesetzmäßig sich einstellenden leichteren Ansprechbarkeit der gereizten Ganglienzellen, dem Gedächtnis. Die Entwicklung desselben begünstigt die Besonderheit des Großhirnbaues durch seinen Assoziationsmechanismus, indem dieselben einmal von der Peripherie angesponnenen Reizkombinationen von anderen Stellen der Großhirnrinde her wieder geweckt werden können. Der Unterschied des physiologischen Vorgangs der Wahrnehmung von dem der Erinnerung beruht lediglich auf der verschiedenen Richtung des anlangenden Reizes, nicht aber auf der Reizung verschiedener Zellkombinationen; während die Wahrnehmung von der Peripherie eingeleitet wird, erwacht die Erinnerung stets von einer anderen Stelle der Hirnrinde her.

Die Reizung einer Kombination von Rindenganglien ist offenbar etwas Physiologisches, für das Subjekt das Element seines Bewußtseins. Als Bestandteil desselben ein zweifellos psychisches Phänomen, isoliert jedoch bewußtlos und darum nicht psychisch. Die Erinnerung an einen einzigen Sinneseindruck vermag keinen Bewußtseinsinhalt zu konstituieren, und dem wachen Geistesleben erscheint sie stets in einer Kette anderer simultaner und sukzessiver Vorstellungen. Für die Richtigkeit dieser Behauptung liefert das kranke Geistesleben sprechende Belege. Das Gehen, Stehen, Handeln der Somnambulen sind Zustände von Erregtheit isolierter Vorstellungskreise und zwar der sensorisch-motorischen Sinnesgebiete. Die retrograde Amnesie ist Zeugnis für den Mangel an Bewußtsein in diesen Äußerungen des Seelenlebens. Der auf epileptischer oder hysterischer Basis spielende Dämmerzustand läßt das kranke Gehirn als „Verbigeration“ Wortkomplexe produzieren, welche offenbar ohne jede Beziehung zu dem vollständig gehemmten Bewußtsein des Individuums stehen. Nichtsdestoweniger müssen sprachliche Schöpfungen des kranken Gehirnes als Symptome wacher Vorstellungen gedeutet werden. Wie anders könnte denn artikuliertes Sprechen zustande



kommen? Sollte aber dies automatenhafte Repetieren einzelner Phrasen bei vollständig mangelnder Orientiertheit, von denen die Seele hinterher keine Kenntnis hat, psychische Phänomene bedeuten? Ebenso die Echolalie im Bewußtseinszerfall des Blödsinns. Die Unabhängigkeit einzelner Vorstellungen von dem gesamten Bewußtsein dokumentiert die Symptomatologie der Herderkrankungen, welche den Ausfall von Vorstellungen eines Sinnesgebietes bei völliger Klarheit und Orientiertheit des Bewußtseins aufweist. Die außerordentlich primitive Bildung des Papageiengehirns ist zur Schöpfung von Sprachvorstellungen befähigt, ohne daß ein komplizierter Assoziationsmechanismus in demselben den Gedanken an höchst verwickelte psychische Vorgänge als deren Grundlagen nahelegte.

Für *v. Monakow* ist Vorstellung aber identisch mit einem sehr verwickelten psychischen Komplex verschieden örtlicher und verschieden zeitlicher funktioneller Komponenten, nicht aber das bloße Residuum einer einzelnen Wahrnehmung, gleichgültig, wann dieselbe, in welcher zeitlicher Folge mit anderen gleichartigen und wie sie mit gleichzeitig aufgetauchten Vorstellungen verknüpft ins Bewußtsein tritt. Hierin wurzelt das fundamentale Mißverständnis. Dasjenige, was sich überhaupt als lokalisierbar im Großhirn erweist, ist der von einer Sinnesleitung der Zentralstelle dieses Sinnes übermittelte Reizvorgang, weiter nichts. Das ist aber kein psychologischer, sondern ein physiologischer Begriff, zu welchem wir erst durch Analyse, durch den Schlußprozeß gelangen, denn dieses zentrale Reizbild kann allein kein Bewußtsein gestalten, sondern erscheint stets in einem Nebeneinander und Hintereinander anderer Sinnesbilder im Bewußtsein. All dies faßt nun *v. Monakow* in seiner Einheit der Vorstellung zusammen, und diese ist wahrhaftig nicht lokalisierbar.

Nicht jeder sensorische Reiz, welcher den Untersucher selbst trifft, ist, von seinem Standpunkte, also subjektiv betrachtet, ein Bewußtseinsphänomen, nicht einmal dann, wenn diese bis in die Hirnrinde gelangt. Diese Tatsache unserer inneren Erfahrung bedarf nicht des Beweises. Subjektive Reizaufnahme und bewußtes Empfinden folgen einander nicht mit Zwang. Mithin sind Wahrnehmungen, die durch Ablenkung der Aufmerksamkeit unter der Schwelle des Bewußtseins bleiben, keine psy-



chischen Tatsachen, obgleich sie sich an dem beurteilenden Subjekt selbst ereignen.

In dieser engen begrifflichen Fassung der „Vorstellung“, welche die Wiederholung einer Erregung bestimmter Zellindividuen der Peripherie in der Hirnrinde zur Voraussetzung hat, mit dem alleinigen Unterschied, daß in dem subkortikalen und intrakortikalen Assoziationsmechanismus des dem Aufnahmeorgan korrespondierenden Rindenabschnittes eine substanzielle Grundlage zur Schöpfung von Einheiten gegeben ist, liegt die Lösung der von *v. Monakow* mit Recht als nächstes Bedürfnis aufgeworfenen Frage nach dem „Was“ des Lokalisierbaren in der Hirnrinde.

Teilt man bei dieser Anschauung den kortikalen Fokalgebieten sehr bestimmte Funktionen zu, trennt sie also funktionell von der übrigen Großhirnrinde und präzisiert ihren Anteil an den Bewußtseinsvorgängen, so ergibt sich eine scheinbare Schwierigkeit bezüglich der nun fraglichen Bedeutung jener Windungskomplexe, welche zwischen die kortikalen Brennflächen der Sinnesleitungen eingeschoben sind. Der Terminus „kortikaler Fokus“, dessen sich *v. Monakow* mit Vorliebe bedient, dürfte seine Aufstellung der durchaus unbewiesnen, ja mit den von gefärbten durchsichtig dünnen Schnittpräparaten abgesehenen Anschauungen in Widerspruch tretenden Hypothese verdanken, daß die Elemente einer Sinnesbahn nach der Hirnrinde zu garbenartig divergierend auseinander fahren und auf diese Weise in die Rinde näherer und entfernterer Windungen, anatomisch unbestimmbar wohin, gelangen. Da ich an meinen Präparaten eine solche Aufsplitterung einer Sinnesbahn an ihrem Ende niemals wahrnahm, hingegen mit Hilfe der Entmarkung durch sekundäre Degenerationen den kompakten Eintritt der Projektionsbündel in die fraglichen Rindenabschnitte mit überzeugender Deutlichkeit sah, so glaube ich, mit dem Erweise der Grundlosigkeit der behaupteten anatomischen Verhältnisse, welche offenbar den ersten Anstoß zur Namenserfindung gaben, basierend auf die hier aufgeführten, sich ergänzenden klinisch-anatomischen Tatsachen der von *Hitzig* vorgeschlagenen Bezeichnung „Vorstellungsphären“ beitreten und an dieser festhalten zu dürfen.

Die Barheit an greifbaren Symptomen, welche Erkrankung oder Verletzung der stummen Hemisphärenanteile lokaldiagnostisch kenn-



zeichnet, gibt weder das Recht, an die Unzulänglichkeit unserer Untersuchungsmethoden zu glauben, noch auf die Möglichkeit ihrer physiologischen Erkenntnis nach dem Stande psychologischer Erfahrung und derzeit feststehendem anatomischen Wissen zu verzichten. Die allerprimitivste Unterstellung notwendigster und mithin nicht des Beweises bedürftiger Lebensbedingungen genügt zu einem Aufschluß über das Wesen der fraglichen Funktionen.

So ist es sicher keine Hypothese, daß die Ganglien der Rindenschale aus dem Sauerstoff der letzten und feinsten arteriellen Verzweigungen ihr Ernährungsmaterial beziehen und eine je nach deren Kontraktionsphase, Füllungszustand, je nach der Geschwindigkeit des fließenden Blutes wechselnde Oxydation erfahren. *Meynert* sprach bezeichnend von einem Atmen der Rindenzellen und unterschied von freier, reichlicher Sauerstoffaufnahme durch arterielle Dilatationen und Beschleunigung des Blutstromes, der Apnoe, die Dyspnoe der Rindenzellen, die durch gegensätzliche Gefäßvorgänge bedingte Gebundenheit des Gasaustausches. Es ist ferner keine Hypothese, daß die Geschwindigkeit der Verbrennung mit dem Reichtum an Sauerstoff zunimmt und bei Verarmung an solchem geringer wird. Ebensowenig kann es einem Zweifel unterliegen, daß in den Erscheinungen des Bewußtseins der wechselnde Chemismus der kortikalen Ernährung ein psychisches Korrelat besitzt, welches aus einem Parallelismus der Eigenschaften zu erschließen sein wird.

Eine von dem Blutreichtum während der Funktion in anderen körperlichen Organen bereits von *Virchow* abgeleitete Erfahrung spricht auch den tätigen Zentralorganen der Sinne im Gehirn „eine funktionelle Hyperämie“ im Akte der Wahrnehmung zu, bei der jedoch nicht die einfache Dilatation des Arterienrohrs, mit welcher Verlangsamung des Blutstromes einhergehen kann, sondern eine gleichzeitig vermehrte Sauerstoffzufuhr das Wesentliche ist. Apnoe der Rindenganglien einer Sinnessphäre wäre der durch den von der Peripherie zugeleitete Sinneseindruck gesetzte Ernährungszustand der direkt betroffenen Kortexpartie. Mit dieser ganz umschriebenen Erregung kann der peripher angesponnene Vorgang seinen Abschluß finden. Hierfür sprechen nicht weiter verarbeitete Wahrnehmungen im normalen Bewußtsein, insbesondere aber gewisse Erscheinungen im kranken Seelenleben, die, gepaart mit Ausfallsymptomen, eine

endogen bedingte isolierte größere Ansprechbarkeit einer Sinnessphäre — Ausfall und leichtere Erregbarkeit desselben pathologischen Ursprungs — notwendig voraussetzen lassen (die Hypermetamorphose nach *Wernicke*).

Wenn man sich demnach den zentralen Hergang der Wahrnehmung an der Hand der oben gegebenen Deduktionen in einem physiologischen Bilde versinnlicht, so knüpft sich an die Erregung einer Kombination von Ganglien in der zentralen Endigung des Sinnesnerven eine sekundäre Erregung einer zweiten Kombination von Ganglien einer anderen Sinnesrinde an, wenn, wie zumeist bei der erstmaligen Erregung, zwei verschiedene Sinnesrinden erregt wurden.

Vor allem aber knüpft sich an jede Wahrnehmung die subjektivste aller Erscheinungen unseres Seelenlebens, ein Gefühl. Der Name bezeichnet die Färbung, Betonung, welche die geformten Vorstellungen und die sinnlich grellen Wahrnehmungen hintergrundartig, selbst aber unbestimmt und ohne jede Projektion in das objektive Weltbild begleitet. Objektiviert wird ein Gefühl nur dann, wenn die grobe Nervenzerrung, nicht die Vorstellung zur Quelle von Unlustgefühlen wird, der Schmerz. Aber auch da ist es nur die einleitende und begleitende Tastwahrnehmung, welche die Verlegung des Schmerzreizes nach außen bedingt. Kälte- und Wärmepunkte an der Hautdecke sind zweifellos besonders günstige Angriffstellen für periphere Gefäßverengerung und Gefäßerweiterung, und das Spezifische der Wirkungen der hier gesetzten Reize läge in den Differenzen der Verbrennungsprozesse durch die Gefäßveränderungen, im Gegensatz zu den mechanischen Einwirkungen auf die nervösen Aufnahmeorgane der Haut. Es handelt sich also hier um zwei Formen der Empfindung, nicht aber hier um Empfindungen, dort um Gefühle. Man spräche daher korrekter von Wärmeempfindungen. als von Wärmegefühlen. Erst die nicht mehr nach außen projizierbaren Lust- oder Unlustgefühle, welche von dem peripheren Vorgang sekundär ausgelöst werden, sind auf Gehirnvorgänge zu beziehen. Schmerz, Wärme, lokalisatorisch unbestimmte Empfindungen der inneren Organe, sexuelle Sensationen unterscheiden sich von Sinneswahrnehmungen durch die Besonderheit der Form der peripheren Erregung, sind daher von Wahrnehmungen nicht wesentlich verschieden. Mit diesen haben sie auch die gleichzeitige Erweckung der



Lust- oder Unlustgefühle gemein, deren Gebundenheit an Wahrnehmungen nur dem unscharfen Denken als psychische Wesenseinheit imponiert.

Wenn man das von der Pathologie bewiesene Faktum des Mangels einer direkten physiologischen Verbindung der Rinde der stummen Hirnteile mit der Peripherie in Betracht zieht, wenn man die Möglichkeit der nur sekundären Erregbarkeit durch in allen Verlaufslängen ausgespannten Assoziationsbündel von den Sinnessphären hinzunimmt, so ergibt sich hieraus ein Mechanismus, dessen Spielen die begleitende Gefühlsbetonung sehr einfach erklären würde.

Es ist mir stets unfaßbar gewesen, wie man an einen subkortikalen Mechanismus der Affekte denken konnte. Wie wenig gerechtfertigt eine solche Annahme, die auf das Schreien großhirnloser Tiere hin gemacht wurde, sich erweist, zeigt die Willkür der Voraussetzung, welche Schrei und Schmerzäußerung identifiziert. Jede Reizung sensibler Nerven hat einen motorischen Effekt zur Folge, dessen Eintreten jedoch keineswegs von der Empfindung des sensiblen Reizes abhängt. Daß eine so brutale Beleidigung eines sensiblen Nerven, welche in unserem wachen Bewußtsein als Schmerz sich kundgibt, auch ohne diesen, bei normal funktionierenden niederen Hirnzentren, in starken motorischen Äußerungen, zu denen der Schrei doch sicher zählt, sich entladen wird, scheint mir keinem Zweifel zu unterliegen. Ebenso ungünstig liegen die Struktur- und Ernährungsverhältnisse des Hirnstammes, um aus ihnen die Gefühlsvorgänge zu erklären.

Jeder Sinneseindruck wird, wie an der Peripherie, so auch an der kortikalen Endstation der Sinnesleitung eine Erweiterung der Blutgefäße, eine stärkere Blutfüllung, eine Beschleunigung des fließenden Blutstromes zur Folge haben, wodurch die Ernährungsbedingungen zu einer gewissen Funktionshöhe anschwellen. Dieser physiologische Zustand muß im Bewußtsein ein psychisches Korrelat haben, welches aber nicht als ein Gefühl des Wohlseins, des Behagens sich äußern kann, weil dieselben Wahrnehmungen bald mit angenehmen, bald mit unangenehmen Gefühlen in uns einhergehen. Dagegen wird der beschränkten funktionellen Hyperämie in einer Sinnessphäre eine Konzentration des Bewußtseins in der Beschränkung auf ein Sinnesgebiet entsprechen müssen, welche uns in der Erscheinung der Aufmerksamkeit psychologisch klar wird. Dieser Vorgang ist lokalisierbar, weil er die zentrale Projektion eines einzigen Sinnesnerven aktiv beteiligen muß,

die übrige Hirnrinde aber in antagonistischer Wirkung funktionell ausschaltet. Diese Ausschaltung betrifft auch teilweise die Gefühle, da erfahrunggemäß bei Eintritt stärkerer Affekte die Fähigkeit der Konzentration schwindet.

Aus den in solcher Allgemeinheit gehaltenen und darum kaum anfechtbaren Erwägungen erhellt die Tatsache, daß das Rindenareal, dessen Ernährungszustände nur als solche dem Bewußtsein faßbar werden, nicht gleichzeitig einen Sinn zentral repräsentieren könne, woraus sich das weitere Postulat ergibt, daß die kortikalen Zentralorgane der Sinneswahrnehmungen auf zirkumskripte Rindenfelder angewiesen sein müssen, die übrige Hirnrindenfläche aber jeder funktionellen Beziehung zu einem Sinne ermangelt. Auch selbst die unerwiesene, mit objektiver Tatsächlichkeit unverträgliche Trennung der kortikalen Substrate für Wahrnehmung und Erinnerung berechtigte zu keinen anderen Folgerungen, da die Leichtigkeit und Intensität der Belebbarkeit einer Erinnerung ebensowenig mit dem sie begleitenden angenehmen oder unangenehmen Gefühl vermischt werden darf, wie dies bei der Wahrnehmung festgestellt wurde. Die Afunktion eines kortikalen Erinnerungsfeldes könnte sich nicht als unangenehme Gefühlsbetonung einer Wahrnehmung, sondern bloß als eine Isolierung der Wahrnehmung von dem Bewußtseinsinhalte, in einem Nichtwiedererkennen des sinnlich Geschauten bemerkbar machen[1]).

Wir gelangen daher zu der Annahme, daß die Oxydationsprozesse der Rindenganglien im Gebiete der stummen Hemisphärenanteile im Bewußtsein als Gefühle sich widerspiegeln. Für diese Annahme spricht: 1. Der erweisliche Mangel anatomischer und funktioneller Verbindungen mit der Sinnenperipherie, welchem zufolge keine direkte Beeinflussung ihrer Ernährungsbedingungen von der Peripherie her.

[1]) Wenn man auch *Külpe* unbedingt zustimmen wird, daß das Erkennen eines Gegenstandes nicht auf einer Assoziation zwischen seinem Sinneseindruck und seinem Erinnerungsbild beruhen müsse, sondern ein gewisse Beziehungen zwischen den Erinnerungsbildern erschließender Denkvorgang ohne Erwachen der betr. Erinnerungsbilder ein Erkennen ermögliche, so wäre ein Denken ohne Erinnerungsbilder ebenso absurd, als ein Festhalten an dem angegriffenen Vordersatz.



aber auch keine Projektion derselben im Weltbild des Bewußtseins möglich wird. Dieser Charakter eignet aber den Gefühlen. 2. Die bipolare Richtung ihrer Änderung im Sinne der angenehmen Lösung, der Erleichterung und der unangenehmen Spannung und Hemmung, sowie der nachweislich plötzliche Eintritt dieser Änderungen bei dem Erscheinen von mit diesen oder jenen Gefühlen assoziierten Wahrnehmungen und Gedanken, weist mit Entschiedenheit auf dem bestimmenden Einfluß vasomotorischer Zustände hin. Nach obiger Auseinandersetzung vermögen die Folgewirkungen von Vasokonstriktionen und Vasodilatationen in den Gefäßgebieten der Sinnessphären auf das Nervengewebe sich nicht in der subjektiven Unbestimmtheit der Gefühle zu offenbaren. 3. Der erweisliche Einfluß endogen somatischer Zustände auf die Qualität der Gefühle, welche nur auf dem Wege der symphatischen Nerven reflektorisch gedacht werden kann. Dieser würde auch ohne sensible Projektionsbündel, welche die Reize aus dem Innern des Körpers in die Rinde der stummen Hirnteile trügen, im Sympathicus der Carotis interna auf den arteriellen Gefäßbaum sich entfalten können. 4. Die mit Hilfe sekundärer Degenerationen bei Jahre hindurch bestehender Herderkrankung in den Hemisphären und zu makroskopisch palpabeln Schrumpfungen gediehenen Atrophien beweisbaren, aus der Rinde der stummen Hirnteile nach den Stammganglien absteigenden Bündel lassen die Möglichkeit kortikaler Einflüsse auf automatisch oder reflektorisch ablaufende Bewegungsvorgänge zu, deren Geltendmachung sich in automatischen Angriffs- und Abwehrbewegungen als Hemmmungen[1]) verstehen ließe. Die Unterdrückung niederer Bewegungsformen durch Gefühle zeichnet die auf hoher Kulturstufe angelangte menschliche Psyche aus, welche in dieser Anlage des Gehirnbaues das Instrument zur Entwicklung solcher Befähigung vorfand. 5. Die Sinneswindungen des Tiergehirnes weisen, abgesehen von ihrer Relation zur Körpergröße, kaum eine dürftigere Gestalt der Sinneswindungen auf, während man auf die nur rudimentäre der stummen Zwischengebiete längst aufmerksam ge-

[1]) In dieser Vorrichtung präsentiert sich ein Mechanismus, welcher den unmittelbaren Einfluß der Gefühle auf gewisse kompliziertere motorische Akte ohne Dazwischentreten von Vorstellungen als einen Ausdruck der Gemütsbewegungen auch bei primitiveren Hirnorganisationen offenbart.

worden ist. Die scheinbare Unkompliziertheit der tierischen Psyche beruht nicht auf einer hinter dem menschlichen Reichtum an Vorstellungen zurücktretenden Armut an latenten Spuren der Sinneseindrücke. Die Verschiedenheit offenbart sich in der ungleichen Ausbildung dieses oder jenes Sinnes, weshalb die spezifische Sinnesqualität, nicht aber die Zahl der Vorstellungen eine verschiedene ist. Es wäre eine sehr willkürliche Behauptung, dem Tiere eine der menschlichen durchaus verwandte Denkfähigkeit abzusprechen, welche doch allein die Möglichkeit gegenseitiger Verständigung erklärt. Worin aber das Tier dem Menschen zweifellos unterlegen ist, ist der Mangel jener Herrschaft der Gefühle über das Denken, welche als eine durch die Kultur erworbene Zweckmäßigkeitsverrichtung ein eminent sozial-anthropologisches Prärogativ ist, welches aber ein nach dieser Richtung entwicklungfähiges Gehirn voraussetzt. Die Gewalt des Menschen über das körperkräftigere Tier entspringt aus seiner psychischen Superiorität, zu welcher er sich durch das Leben in der Sozietät erhoben hat. Die Befähigung, im geselligen Vereine sich zu behaupten, postuliert die Macht außerordentlich stark gefühlsbetonter Vorstellungsreihen, welche hemmend in den primären Gefühlsmechanismus („primäres Ich“ *Meynerts*) eingreifen und als sogenannte höhere Gefühle, als Sitte, das einzelne Individuum, die Gesamtheit beherrschen. Der naivsten Betrachtung springt der Schein freier Selbstbestimmbarkeit in den Äußerungen der menschlichen Psyche im Gegensatz zu denen der tierischen in die Augen. Dem Menschen scheint es vergönnt zu sein, wählen zu können, weshalb sein Handeln im Gegensatz zum Tiere sich der Voraussicht leichter entzieht. Der kritischen Analyse stellt sich jedoch das freie Wollen als Zwang zu demjenigen dar, zu welchem die größte Lust hindrängt, möge dieselbe auch als subjektiv bewußt werdende Hemmung anderer Lustgefühle erscheinen. Das Phänomen des Willens gewinnt in den Betätigungen der menschlichen Psyche die hervorragendste Bedeutung; dem tierischen Seelenleben nicht fremd, erscheint es dort in einfachen, oft nur rudimentären Formen. Seinem Wesen nach konstituiert es sich aber aus Gefühlen, zu deren Entwicklung dem menschlichen Gehirn ein dem tierischen fehlender oder nur dürftig angelegter Mechanismus eigen sein wird. 6. Der sich an Präparaten mit sekundären Markfaserentartungen darbietende



Anblick berechtigt zu der Annahme, daß alle Windungsgipfel und deren Abhänge im Rindengebiete der stummen Hirnteile mit der Rinde der Sinnsphären durch die Bogenbündel in direkt leitende Verbindung gesetzt sind. In dieser anatomischen Vorrichtung wäre die sichtbare Grundlage für das gesetzmäßige Begleiten jeder Vorstellung mit Gefühlstönen gegeben, da die Mitteilung der Oxydationsphasen in den Rindenganglien der stummen Hirnteile an die Rindenganglien der Sinnessphären auf dem Wege der markbekleideten Konduktoren ein physiologisches Postulat bedeutet. Es würde aber auch der ausschlaggebende Einfluß für den Inhalt und die Entbindbarkeit der Gedankengänge, welcher den Gefühlen innewohnt, durch diesen Mechanismus eine sinnlich greifbare Stütze finden. In diesem läge das Geheimnis der Stimmung, das von der Intuition Herbeigelockt-werden oft mühsam oder vergeblich gesuchter Ideenverbindungen.

Hält man an diesen anatomisch-physiologischen Prämissen für das gesunde Seelenleben fest und betrachtet die Wahnbildung oder die substituierende Halluzination, welche sekundär und reaktiv den Wahn entwickelt, im Lichte dieser Voraussetzungen, so werden sich für die anscheinend so verwickelten krankhaften Erscheinungen, die nur durch die schwierigste Aufhellung äußerst komplizierter Gehirnvorgänge dem Fernstehenden erklärbar dünken, nicht minder einfache Folgerungen geltend machen lassen.

Lassen wir bei der Lehre vom Wahn all die subjektiven Deutungsversuche und Deutungsmöglichkeiten aus dem Spiele, und halten wir uns an das wesentlich Tatsächliche, das von allen Seiten Zugestandene, dann trifft den Kern der Erscheinung ein Fürwahrhalten irrealer Vorkommnisse und Zusammenhänge, welches der widerstreitenden Korrektur des gesamten Erfahrungsinhaltes trotzt. Diese Paralogik des Gedankengangs tritt am klarsten, aber auch am unbegreiflichsten dort zutage, wo sie scheinbar isoliert die normale Ordnung des Vorstellungsablaufs durchbricht, also in Zuständen der Besonnenheit, in welchen sich die ungebundene Assoziationstätigkeit, nicht in der Korrektur, jedoch in der „Systematisierung" des wahnhaft Festgehaltenen bemerkbar macht. Die Ursache dieser verkehrten Richtung der Assoziationsbildungen ist der springende Punkt in der Erforschung vom Wesen des Wahnes.



Die Entwicklung des chronischen Wahnes bei Abwesenheit aller Sinnestäuschungen, welche diesen ursächlich bedingen, mag uns ein geeignetes Paradigma illustrieren, weshalb ich meine ferneren Ausführungen an die Darlegung eines von mir im Sommer 1911 in der Poliklinik der psychiatrischen Klinik beobachteten Falles von chronischer Verrücktheit knüpfe.

Ein. deutscher Geschäftsmann, anfangs der Dreißig, kehrt aus Amerika nach Leipzig zurück, nachdem er längere Zeit in China geweilt, von wo er nach dem Zusammenbruch seines Geschäftes nach Amerika hinüber in Stellung ging. Hier machte er die Wahrnehmung, daß man ihn zu homosexuellem Verkehr durch Winke und allerlei Fingerbewegungen verleiten will, welche ihn zu den leidenschaftlichsten Handlungen der Abwehr hinreißen und aus allen Positionen treiben. Nicht weniger als 66mal hat er es, nach eigener Angabe, in Stellungen versucht, bis er beschließt, sich nach Europa einzuschiffen, um der Gefahr, sexuell mißbraucht zu werden, zu entfliehen. Amerika ist ihm das Land der Homosexuellen, keine Ehe werde geschlossen, wenn der Mann sich weigere, den widernatürlichen Gelüsten seines künftigen Schwiegervaters gefügig zu sein. Er habe in der Person des Milliardärs Pierpont Morgan einen wegen seines großen Reichtums sehr einflußreichen und gefährlichen Gegner, dessen Haß er sich dadurch zuzog, daß er Europa über die die amerikanische Gesellschaft allgemein beherrschende Homosexualität publizistisch aufzuklären bestrebt sei. Die Fäden des Amerikaners Morgan reichen aber herüber nach Deutschland; auch in Leipzig liest er allüberall aus ihm verdächtigen Bewegungen und Betastungen Aufforderungen zu homosexuellem Verkehr heraus. Pierpont Morgan erscheint ihm plötzlich in der Gestalt eines Automobilfahrers, welcher ihn bedeutungvoll mehrmals umkreist. Er glaubt durch unansehnliche, dürftige Kleidung seine Verfolger weniger anzulocken. Hinter den meisten Handlungen seiner Umgebung wittert er Anschläge seiner Feinde, und die dauernde Unruhe läßt ihn schwer neurasthenisch werden. Es quält ihn eine Überempfindlichkeit der Haut, bei deren Betastung er zu leidenschaftlichster Abwehr ausbricht. Eine gleiche Hyperästhesie des Gehörs — auf einem Ohr hat er das Gehör so gut wie eingebüßt — bereitet ihm selbst bei fernen Geräuschen unerträgliche Kopfschmerzen. Eine Lymphangitis tuberculosa an der rechten Halsseite, die er als eine krankhafte Folgeerscheinung heimlicher Vergiftungen ansieht, behindert ihn an der Wendung des Kopfes. Er ist eine schlanke männliche Erscheinung mit mißtrauischem, verstörtem Gesichtsausdruck. In der Geschichte der Vorerkrankungen berichtet er von mehreren Malariainfektionen.

Eine kausale Aufhellung dieses gewiß typischen Falles einer Paranoia chronica müßte sich, soweit sie das letzte wirkende, krank-



hafte Agens im Auge hat, nur auf die unbestimmtesten Vermutungen berufen, sobald sie aber von dem letzten Unbestimmten ganz absieht und nur die abnorme Mechanik aus den oben erschlossenen Korollarien des Zusammenwirkens der einzelnen Hemisphärenteile betrachtet, welche durch ein unerforschbares Etwas in Gang gesetzt wird, dann gelangen wir zu einer gesetzmäßigen Deckung psychopathologischer Symptome mit Insuffizienzerscheinungen bestimmter Großhirnregionen.

Prüfen wir, diesem Ziele zustrebend, das Seelenleben dieses Mannes, welches sich um Gedankengänge konzentrisch entwickelt, die dem Gesunden ohne weiteres als krankhaft einleuchten, dasselbe in seine Elemente zerlegend, so werden wir Intaktheit des Wahrnehmungsvermögens, des Gedächtnisschatzes und aller assoziativen Vorgänge festzustellen haben. Gesichts-, Gehörs-, Tastwahrnehmungen gehen ganz normal von statten. Sie wecken aber fast ausnahmlos, soweit sie nicht von früherher mit starken Lustgefühlen betont sind, immer wieder dieselben, vom peinlichsten Gefühle begleiteten Vorstellungsgruppen. Die Abhängigkeit der eben auftauchenden Gedanken von den eben anwesenden Gefühlen oder von der Intensität der einst mit ihnen verbundenen Gefühle ist so gesetzmäßig, daß sie als psychologisches Axiom gelten kann. Es ist daher die abnorm häufige Wiederkehr der Vorstellung, homosexuell mißbraucht zu werden, auf einen Zustand anhaltender Hyperästhesie der Sexualorgane und anhaltender Ängstlichkeit, welche psychologisch nicht motiviert sind und, weil ohne Reizerscheinungen an der Peripherie, nur endogen zentral bedingt sein können, zweifellos aber auf eine krankhafte Störung des Gefühlslebens zu beziehen. Diese krankhafte Störung des Gefühlslebens kann aber nicht jene Hyperästhesie des Gehörs, der Haut, der Sexualorgane begründen, welche unabhängig von der permanenten Beängstigung dem Wahne Inhalt gibt, selbst aber wieder von demselben die Farbe des Gefühlstones erhält. Es muß demnach ein abnormer funktioneller Reizzustand jener Zentren vorliegen, durch welche die Wahrnehmung in das Bewußtsein eintritt, eine Phase der Unterernährung aber, vielleicht eben durch jenen Reizzustand bedingt, die übrige Großhirnrinde funktionell herabstimmen. Dieser Antagonismus zwischen einem pathologischen Überschuß an Nähr- und Funktionsmaterial der niederen Sinneszentren im Gegen-



satz zu herabgesetzter kortikaler Leistungfähigkeit ist von *Meynert* in seiner Lehre von dem funktionellen Gegensatz der Stammganglien zu der Großhirnrinde ausgesprochen und durch die besondere Anordnung und Form der arteriellen Gefäßbäume der Blutspeisung erklärt worden. Der Unterschied zwischen *Meynerts* Theorie und der meinigen beruht im wesentlichen darauf, daß ich statt der funktionellen Gegenüberstellung der Stammganglien und der Hirnrinde die kortikalen Sinnesfoci selbst mit der der übrigen Großhirnrinde als in einem gesetzmäßigen funktionellen Antagonismus stehend betrachte.

Es ist gleichgültig, wie man sich diesen postulierten Zustand der Unterernährung vorstellen will; sei es unter dem Bilde einer primären, vielleicht chemischen Veränderung der Rindenganglien, die sich — daraufhin gerichtete Untersuchungen stehen noch aus — in konstant wiederkehrenden, wenngleich subtilen Veränderungen der Ganglien der stummen Großhirnrinde, auch im histologischen Bilde sich spiegeln würden, sei es, daß Vorgänge chronischer Entzündung leichterer Art, welche den Ganglienkörper nicht zerstören, nur dessen Stoffwechsel störend beeinflussen und verändern, die geweblich zweifellos zarter angelegten und gegen Schädlichkeiten empfindlicheren stummen Hirnrindensysteme befallen, sei es, daß eine von Haus aus abnorme nervöse Innervation der arteriellen Gefäßbäume durch eine im Leben sich später einstellende Veränderung der Gefäßwand stärker hervortritt, indem die kortikale arterielle Reizhyperämie jeder Wahrnehmung antagonistisch bis zu einem Krampf der Ringmuskeln sich steigernde Kontraktionen in den kortikalen Gefäßgebieten der übrigen Hirnrinde nach sich zieht und so die Oxydation der Rindenganglien hemmt. Die letzte Möglichkeit ist mir die wahrscheinlichste, weil Jahre hindurch bestehende entzündliche Affektionen zu einer, wenn auch sehr allmählich sich vollziehenden Rückbildung der nervösen Elemente, die sich klinisch in einem Niedergang der Intelligenz bekundete, führen müßten. Das Charakteristische für die Wahnbildungen der chronischen Paranoia ist jedoch gerade die Intaktheit des formellen Vorstellungablaufs selbst bis in das höchste Alter. Es ist eine tägliche psychologische Erfahrung, daß ein sehr intensiver Reizvorgang einer Sinnessphäre Schmerz, in der Folge Unterbindung aller Gedankengänge, endlich Ohnmacht nach sich zieht, was also schon in

physiologischer Breite jenen Antagonismus der funktionellen Ernährungshöhe der beiden Rindensphären anzeigt. Im Gehirn des am Wahn Erkrankten ändert sich nur die Intensität, nicht die Qualität des Vorgangs. Die Wahrnehmungen, die mit Lust und Unlust sonst einhergehen, verbinden sich im Seelenleben der Geisteskranken ausschließlich mit peinlichen Gefühlen dann, sobald die Wahrnehmung selbst als peinlich empfunden wird. Die Hyperästhesie der Sinnessphären gibt sich auch durch eine abnorme Anspannung der Aufmerksamkeit auf jeden eintretenden Sinnesreiz kund, eine Erscheinung, die besonders an jedem Halluzinanten prägnant hervortritt. Aber auch ohne eigentliche Sinnestäuschungen spricht sich die pathologische Hyperästhesie in dem Inhalt gewisser Wahnideen, wie in der Berührungsfurcht des vorliegenden Falles, dem Vergiftungswahn, der feindlichen Beeinflussung durch elektrische Ströme, in Oppressionsempfindungen und verschiedenartigsten Sensationen hinlänglich klar aus. Das wache Bewußtsein wird erfüllt von einem Wechsel der Wahrnehmungen verschiedener Sinne, und Gefühle wecken jene Wahrnehmungen, denen die Aufmerksamkeit zugewendet wird. Der pathologische Mechanismus der Wahnbildung wäre nun darin zu suchen, daß alle diese mit pathologisch geschärfter Aufmerksamkeit aufgenommenen Sinneseindrücke mit unangenehmen Gefühlen sich assoziieren, woraus ein permanenter Zustand der Beängstigung, der Furcht mit starken Abwehraffekten resultiert.

Nun fragt es sich aber, ob, wenn für diese allgemein peinliche Betonung der Vorstellungen ein verhältnismäßig einfacher Mechanismus gefunden werden kann, derselbe den Kern jedes Wahnes zu erklären vermag, der eben die Unfähigkeit ist, den aus krankhafter Gefühlsbetonung hervorgewachsenen Irrtum zu korrigieren. Diese funktionelle Lücke hat die Forscher vielfach veranlaßt, auf dem Gebiete der Logik das Pathologische des sogenannten Vorstellungablaufes zu suchen. Sie vergaßen hierbei ganz, daß nicht nur der Inhalt, sondern auch der Eintritt bestimmter Gedankengänge ganz von dem eben herrschenden Gefühle abhängt. Die gebundenen Affekte hemmen auch das Denken.

Dem widerspricht aber die Tatsache, daß bei dem Paranoiker von einer Denkhemmung nicht die Rede sein kann. Er ist nicht ängstlich oder traurig, weil der Gedankenablauf stockt, sondern nur be-



stimmte Wahrnehmungen ängstigen ihn und all sein qualvoller Gemütszustand knüpft am Wahrnehmen an. Dieser fundamentale Gegensatz zu der melancholischen Angst, welche sich allen Eindrücken der Außenwelt am liebsten ganz verschließt, stützt gleichfalls die Annahme des von uns aufgewiesenen Mechanismus für das Entstehen einer Wahnidee.

Wenn aber der kortikale Assoziationsmechanismus des Paranoikers tadellos funktioniert, wofür der formell vollkommen korrekte Ablauf der Gedankengänge Zeugnis gibt, wie ist dann der Mangel der Korrektur, der pathologische Kern jeder Wahnbildung zu erklären? Diese Lücke ist das Problem. Dem naiven Erklärer ist es eine Alogik, ein Fehlen notwendig eintretender Vorstellungen, eine intellektuelle Störung, unabhängig von dem Zustand der Gefühle.

Ein richtiges Verständnis für die mangelhafte Korrektur einer Wahnidee eröffnet der Einblick in die Korrektur eines physiologischen Irrtums. Nicht nur der Inhalt der korrigierenden Gedankengänge vollbringt die Korrektur, sondern es verbindet sich mit ihnen stets, sobald diese vollzogen wird, normalerweise ein Gefühl innerer Befriedigung. Der Paranoiker ist nun zweifellos fähig, die der Möglichkeit seiner Wahnidee entgegenstehenden Gedankengänge zu produzieren, er vermag einzusehen, fühlt sich aber durch diese Einsicht nicht befriedigt und sucht, um die ihm sich aufdrängenden Einwendungen, welche ihm sein logischer Apparat eingibt, zu beseitigen, andere, unwahrscheinlichere Gedankengänge zur Befestigung seiner Wahnidee, weil ihm diese Gefühle größere Befriedigung gewähren, als die den normalen Menschen vollauf befriedigenden der Korrektur.

Es ist ein durch einfache Krankenbeobachtung leicht zu widerlegender Irrtum, wenn man meint, daß die korrigierenden Gedankengänge im Bewußtsein des Verrückten fehlen, sie selbst fehlen nicht, sondern die mit ihnen normalerweise befreienden, erlösenden Wohlgefühle fehlen. Diese vermögen von dem kranken Großhirn nicht produziert zu werden. Daher die Gedankengänge selbst für den Kranken nicht nur mit peinlicher Gefühlsbetonung, sondern auch mit einem Gefühl des Fremdartigen verbunden sind.

Wenn ein Geistesgesunder von einem Eisenbahnunglück erfährt



und befürchtet, durch dieses den Verlust einer geliebten Person beklagen zu müssen, dann wird er mit dem leibhaftigen Erscheinen der verloren Geglaubten von seiner Befürchtung befreit. Wenn ein Verrückter aber an der Wahnidee leidet, daß ihm der Tod einen Angehörigen entriß, dann wird seine Gemütsverfassung wenig dadurch geändert, daß ihm der vermeintlich Gestorbene körperlich entgegentritt. Er wird die sinnlichen Kennzeichen der Persönlichkeit zwar als bekannte wiederfinden und zugeben, denn er leidet an keiner Asymbolie, aber es wird ihn die ganze Gestalt fremd anmuten, denn die normale Gefühlsbetonung des normal Wahrgenommenen hat sich geändert, es ist ihm infolge einer primären Störung das Gefühlsleben das „Bekanntheitsgefühl" (*Arnold Pick*) abhanden gekommen. Es soll mit dieser Auffassung keineswegs behauptet werden, daß alle Wahrnehmungen unterschiedlos von einem unangenehm peinlichen Gefühlston begleitet werden, dies trifft vielmehr bei der melancholischen Gefühlsstörung zu. Es bezieht sich diese abnorme Gefühlsbetonung nur auf jene Wahrnehmungen, welche mit den wahrhaften Vorstellungskreisen einen inneren Zusammenhang besitzen.

Haben wir im obigen dargetan, daß pathologisch intensive Wahrnehmungen vermöge einer gewissen physiologischen Gesetzmäßigkeit mit peinlichen Gefühlen sich vereinigen, dann werden auch alle jene Wahrnehmungen mit peinlichen Gefühlen wieder einhergehen, welche mit den Erinnerungen der ersten Wahrnehmungen, dem Wiederaufflackern der Sinnesbilder von einer anderen Stelle der Hirnrinde her, von dem Subjekt in irgendeine Beziehung gebracht werden können.

Es erhellt aus diesen Erörterungen, daß die nächste pathologische Voraussetzung für das Entstehen einer Wahnidee in einer krankhaften Übertreibung eines bereits physiologisch vorhandenen funktionellen Antagonismus zwischen den kortikalen Sinnessphären und der stummen Hirnrinde zu suchen sein würde, daß eine Hyperfunktion dieser mit ihren vasomotorischen Konsequenzen eine Hypofunktion jener, vielleicht infolge vasomotorischer Einflüsse, nach sich ziehen muß. Es erhellt ferner, daß es sich selbst bei einer durch langjährige Systematisierung fixierten Wahnidee nicht um eine dauernde und auch histologisch nachweisbare Ernährungsstörung der Rindenganglien handeln kann, da die Fähigkeit des Großhirns, Wahrnehmungen auch

mit angenehmen Gefühlen zu assoziieren, durchaus nicht schwindet, sondern in dem weitgehendsten Vertrauen, in der Liebe des Paranoikers zu gewissen Personen unzweideutigen klinischen Ausdruck gewinnt. Die pathologische Intensität einzelner kortikaler Sinnessphären, welche der von uns vertretene Mechanismus fordert, begründet und erklärt gleichzeitig die pathologische Intensität der Erinnerungen, welche wie die ersten die Wahnidee anregenden Wahrnehmungen von sehr starken Gefühlen betont sind. Hieraus ergibt sich die Allgegenwart der überwertigen Idee, die Superiorität der wahnhaften Vorstellungen in dem Umfange des Bewußtseins.

All dies führt aber noch nicht auf die letzten organischen Veränderungen, welche diesem pathologischen Mechanismus zugrunde liegen. Es kann sich nach den obigen Auseinandersetzungen nur um eine Veränderung der arteriellen Gefäßrohre oder der diese innervierenden Nerven in den beiden antagonistisch wirkenden Großhirngebieten handeln, weil diese allein eine auf Wahrnehmungen hin plötzlich eintretende Herabsetzung oder Steigerung der Ernährungsbedingungen herbeizuführen befähigt sein können. Es kann eine abnorme Anlage im Gefäßbau von Haus aus bestehen, welche in gewissen Altersperioden — die Gefäßwand nimmt an den Entwicklungstufen der Gewebe den augenfälligsten Anteil — immer stärker zum Ausdruck gelangt, hierdurch würde auch der im Keim angelegte Antagonismus ausgeprägter und als pathologische Erscheinung palpabel. Diese Annahme gerät mit der Tatsächlichkeit nicht in Widerspruch, wenn man die von kundigen Histologen gemachte Versicherung, daß selbst innerhalb physiologischer Breite die gewebliche Zusammensetzung der Großhirnrindengefäße den größten Verschiedenheiten unterliegt, berücksichtigt, wenn man die schon bei Lupenvergrößerungen normalerweise sich aufdrängende Größenverschiedenheit zwischen den Arterien der Sinnessphären und der stummen Hirnteile miteinander vergleicht, und wenn man die nach neueren und neuesten Befunden sichergestellte Prominenz der Gefäßerkrankung bei der progressiven Paralyse, deren pathologischer Prozeß nach den Wägungen von *Sepilli* und *Tamburini*, nach den rinden-histologischen Untersuchungen *Binswangers* und den Studien *Schaffers* am gesamten Hemisphärenmark in erster Linie und am intensivsten



die stummen Hirnteile befällt, als einen Beweis der geringeren Widerstandkraft der arteriellen Gefäße dieser Hirngegenden in Rechnung zieht. Eine chronische Infektionskrankheit des Großhirns dürfte sicher auszuschließen sein, da wie bei der Paralyse nicht nur die Rinde der stummen Großhirnteile, sondern auch die der Sinnessphären im weiteren Verlaufe Schaden leiden, ja ein Fortschreiten des Prozesses mit einem allmählichen Schwinden der Großhirnfunktionen in einem endlichen Blödsinn sich klinisch offenbaren müßte.

Ich bin mir vollkommen bewußt, mit der Aufstellung dieses Gehirnmechanismus nichts weiter als eine Möglichkeit für das Zustandekommen einer Wahnidee gefunden zu haben, diese stützt sich aber auf eine geschlossene Kette von Folgerungen aus und eine Kombination von Tatsachen.

Die einzelne Tatsache im anatomischen Bilde, der elementare Vorgang, welchen einzig das Experiment nach *Fechner* zu bieten vermag, steht heute im höchsten Ansehen und Werte. Niemals wird es aber gelingen, durch diese anscheinend objektivste Methodik, bei welcher der subjektive Faktor der Wahrnehmung so leicht übersehen wird, den Zusammenhang des Einzelnen in so komplexen Erscheinungen wie den psychischen zu entdecken, ohne dessen Findung jedoch jeder Versuch in das Gesetzmäßige der Gehirnmechanik einzudringen, illusorisch ist.



Nahrungsverweigerung bei Geisteskranken.[1]

Von

Dr. **Hermann Krueger,** jetzt Königslutter (Braunschweig).

Die Ernährung Geisteskranker ist eine der schwierigsten Aufgaben ihrer Pfleger. Wie beim Gesunden psychische Einflüsse den Appetit in hohem Grade beeinflussen, so tun es auch die psychischen Erkrankungen. Dabei ist andererseits bei vielen Psychosen die Prognose teilweise vom Stande der Ernährung abhängig, besonders bei den akuten, heilbaren Geistesstörungen.

Eine Reduktion des Kräftezustandes kann zweierlei Ursachen haben. Entweder ist die Ausgabe der Körperkräfte wie bei den mit Erregungszuständen verbundenen Geisteskrankheiten eine derartig große, daß auch bei guter Nahrungsaufnahme die Stoffwechselbilanz mit einem Minus abschließt, oder aber es ist die Einnahme von Nährstoffen eine zu geringe. Die Nahrungsverweigerung bildet bei Geisteskranken immer ein höchst bedrohliches Symptom, und sie ist mehr wie ein Symptom, denn mit dem Kräftezustand steigt und fällt sehr oft die Prognose.

Die Nahrungsverweigerung kann eine vollständige oder eine teilweise sein. Die letztere ist die dem Kranken bei weitem gefährlichere. Bei völliger Abstinenz ist das Handeln des Arztes klar. Eine bestimmte Zeit wird er je nach dem Kräftezustand des Kranken zuwarten, dann mit künstlicher Ernährung beginnen. Die Gründe für diese Art der Abstinenz sind meist plötzlich aufschießende, von denen man annehmen darf, daß sie ebenso schnell in den günstig verlaufenden Fällen verschwinden. Weit schlimmer sind die Fälle, in denen die Kranken Wochen und Monate lang immer etwas, aber

[1]) Aus der psychiatrischen Klinik der Universität Rostock. Direktor: Geh. Med.-Rat Professor Dr. *Schuchardt.*

nie genügend Nahrung zu sich nehmen, wo die Kranken mit den Speisen schmieren und so nicht einmal schätzungweise die tatsächliche Nahrungsaufnahme feststellen lassen und besonders der Arzt verführt wird, sich abwartend zu verhalten. Diese Fälle erliegen am ersten den akut fieberhaften wie den kachektischen Krankheiten. Immer ist die Prognose dabei abhängig von dem Standpunkte, den der behandelnde Arzt zur Frage der künstlichen Ernährung, vor allem der Ernährung durch die Schlundsonde, einnimmt. Die Ergebnisse einer Durchsicht des hiesigen Materials auf Ursachen der Nahrungsverweigerung Geisteskranker, ihre Wirkung auf den Ausgang und ihre Behandlung seien im folgenden niedergelegt.

Lohnt es sich denn überhaupt, Untersuchungen über die Nahrungsverweigerung bei Geisteskranken zu machen?

Bei meinen Erhebungen über diesen Punkt habe ich nur die Fälle genommen, deren Anstaltaufenthalt sich mindestens über Monate hinzog; ferner habe ich die Fälle, in denen interkurrierende körperliche Erkrankungen zu zeitweiser Appetitlosigkeit führen mußten, ausgegeschaltet, soweit sich der Grad der mangelhaften Nahrungsaufnahme in physiologischen Grenzen hielt, und schließlich habe ich die mangelhafte Nahrungsaufnahme in den ersten Tagen des Anstaltaufenthaltes unbeachtet gelassen.

In den ersten Tagen des Anstaltaufenthaltes läßt der Appetit der Kranken meist wesentlich zu wünschen übrig. Schon beim geistig normalen Menschen wirkt ein Aufenthaltwechsel, der ihn von seinen Angehörigen trennt, besonders auch der Eintritt in eine Krankenanstalt, appetitvermindernd. Wieviel mehr muß es die Versetzung in eine Irrenanstalt tun, wo doch der größere Teil unserer Kranken sich für gesund hält, den Anstaltaufenthalt also für einen unerträglichen Zwang. Eine derartige Appetitlosigkeit hält meist 2—3 Tage an, dann überwindet der Hunger zusammen mit der Gewöhnung den depressiven oder Zornaffekt. Nicht betroffen werden von dieser Appetitverminderung einmal die mit starker Exaltation einhergehenden Fälle, weiter die Fälle mit massenhaften Sinnestäuschungen und endlich die Fälle, wo die Demenz schon wesentlich fortgeschritten ist. Derartigen Kranken ist ihre Umgebung eben gleichgültig.

Unter 400 geisteskranken Frauen verschiedenster Art, wie sie in den letzten sieben Jahren hier verpflegt wurden, habe ich 146, d. h.

36,5% gefunden, bei denen längere Zeit oder wiederholt kürzere Zeit mangelhafte Nahrungsaufnahme verzeichnet stand. Unter diesen erreichte die Nahrungsverweigerung in 30 Fällen, d. h. 7,5%, einen so hohen Grad, daß die Ernährung mit der Schlundsonde eintreten mußte.

Unter 300 Männern, die in dem gleichen Zeitraum hier verpflegt wurden, ist eine längere mangelhafte Nahrungsaufnahme nur in 73 Fällen, = 24,33%, vermerkt, davon mußten 11 = 3,66% mit der Schlundsonde gefüttert werden.

Im ganzen sind seit dem Bestehen der hiesigen Klinik 67 weibliche und 20 männliche Patienten wegen völliger Nahrungsverweigerung mit der Sonde gefüttert worden, d. h. jährlich etwa 1,65% der Krankenzahl. Ähnliche Zahlen habe ich auch in den Jahresberichten anderer Anstalten verzeichnet gefunden.

Eigentümlich an diesen Zahlen ist das starke Überwiegen des weiblichen Geschlechtes in der Zahl der Zwangsfütterungen. Dabei verteilen sich die Zahlen auf die verschiedenen in Betracht kommenden Ursachen der Nahrungsverweigerung wie auch auf die verschiedenen Psychosen ziemlich gleichmäßig. Auch der Prozentsatz der kurzdauernden Fütterungen bei beiden Geschlechtern ist annähernd gleich (bei Männern 70, bei Frauen 64%). Es scheint also der weibliche Organismus eine unzureichende Ernährung weniger lange ertragen zu können, ohne daß bedrohliche Erscheinungen auftreten, als der männliche.

Die Frage nach den Ursachen der Nahrungsverweigerung hat je nach der Auffassung der verschiedenen psycho-pathologischen Zustände eine wechselnde Beantwortung erfahren.

Eickholt stellte nach *Emminghaus* einer instinktiven eine psychisch motivierte, d. h. auf Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen beruhende Nahrungsverweigerung gegenüber. Es wurde die Nahrungsverweigerung bei der Melancholie und beim Blödsinn als instinktive aufgefaßt, da sie „aus dem hohen Grade von Passivität, Reaktions- und Energielosigkeit" resultiere. In diesen Fällen war die Abstinenz das Symptom einer Krankheit. zur Komplikation derselben wurde sie in den Fällen, in welchen neben der Psychose Verdauungstörungen einhergingen.

Ich möchte die Fälle von Nahrungsverweigerung in solche einteilen, die psychisch, und solche, die somatisch bedingt sind. Zwischen beiden würden dann noch die Fälle stehen, in denen unangenehme



somatische Beschwerden zu einer illusionären Verfälschung führen und so Anlaß zu einer Abstinenz aus psychischen Gründen geben. Dabei kann man die psychisch bedingte Nahrungsverweigerung als Symptom, die somatisch bedingte als Komplikation auffassen, sofern nicht das die Nahrungsverweigerung bedingende körperliche Leiden die Ursache für die ganze Geisteskrankheit bildet.

Unter den psychischen Ursachen kommen sowohl die krankhaften Äußerungen unseres Affektlebens wie krankhafte Vorstellungen und Empfindungen in Betracht.

Von den Affekten haben die depressiven schon beim psychisch normalen Menschen einen appetitvermindernden Einfluß. Kummer und Sorge, ebenso wie die physiologischen Grade der Angst machen den Menschen mehr oder weniger appetitlos. Aber, wie die physiologische Niedergeschlagenheit und Angst nur bis zu einem bestimmten, allerdings individuell sehr verschiedenen Grade ansteigt, erreicht auch die Appetitlosigkeit und damit die mangelhafte Nahrungsaufnahme nur eine bestimmte Grenze. Das natürliche Nahrungsbedürfnis wird stärker als der Affekt, und eine reichliche Nahrungsaufnahme pflegt auch die Wiederherstellung des seelischen Gleichgewichts zu fördern. Anders beim geistig erkrankten Individuum. Wie sich der Affekt in einem der Ursache gar nicht entsprechenden Maße steigert, so vermindert sich auch die Nahrungsaufnahme weit unter die Grenze des Physiologischen. Die Kranken nehmen nichts aus dem Gefühl völliger Appetitlosigkeit und lassen sich auch nur widerwillig füttern. Die vorhandene Hemmung unterstützt die Widerstrebenden dabei. Geht die Drepression noch weiter, so werden auch die Versündigungs- oder hypochondrischen Ideen nie fehlen, und gerade in diesen schweren Fällen treten dann auch Halluzinationen und Illusionen auf. Endlich kann bei hochgradiger Depression auch der Gedanke des Lebensüberdrusses Ursache für die Nahrungsverweigerung sein.

Die Hemmung als solche beeinflußt auch ohne Depression die Nahrungsaufnahme sehr ungünstig, wenn auch in den meisten Fällen das Hungergefühl schließlich obsiegt. Auch die Apathie vermindert in ihren höheren Graden die Nahrungsaufnahme, doch wird es zu schwererer Abstinenz meist nicht kommen, da die vegetativen Funktionen lange Zeit gut erhalten bleiben. Allerdings wird ein solcher Kranker immer gefüttert werden müssen. Seine Affekte und sein Handeln gleichen eben denen der jüngsten Kindheit in allem.

Ebenso wie eine frohe und heitere Gemütstimmung physiologisch die Eßlust steigert, auch tatsächlich zu vermehrter Nahrungsaufnahme führt, so tut es auch die pathologische heitere Verstimmung. Die Nahrungsaufnahme ist bei mäßiger Hyperthymie eine recht gute,



steigert sich auch bis zu einem gewissen Grade im Verhältnis zur Stärke des Affekts. Dann aber, bei noch weiterer Steigerung der Exaltation, sinkt die Nahrungsaufnahme. Der Appetit mag gleichbleiben, aber der Kranke wird von tausend anderen Dingen in buntem Wechsel in Anspruch genommen, so daß er zum Essen keine Zeit mehr hat; seine Hypervigilität läßt ihn den Löffel auf dem Wege zum Munde wieder senken oder den Inhalt desselben verschütten. In den höchsten Graden der Tobsucht ist er dann auch nicht mehr mit dem Löffel zu füttern, er nimmt keinerlei Nahrung, speit die genommene oft wieder aus. Sein heiterer Affekt läßt ihn dabei in diesem Stadium jeden Zwang doppelt stark empfinden, und aus Zorn darüber widersetzt er sich der Nahrungsaufnahme vollständig.

Von den Störungen des Vorstellens sind die Zwangsvorstellungen für die Nahrungsaufnahme kaum jemals von Bedeutung. Wenn ein Kranker an der Vorstellung leidet, er schneide, wenn er das Fleisch zu seiner Mahlzeit schneidet, in den Körper seines Bruders, so wird das nie Ursache einer Nahrungsverweigerung werden; er wird sich einfach sein Fleisch geschnitten geben lassen, im Notfall sich einmal mit Vegetabilien begnügen.

Von großer Bedeutung sind dagegen die Wahnvorstellungen. Der Größenwahn schaltet dabei aus. Bei ihm wird im Gegenteil meist eine gute Nahrungsaufnahme gemäß seiner krankhaft heiteren Affektlage stattfinden. Es kommt ja vor, daß der Kranke die Speisen für seine Person zu schlecht hält, sie deshalb verschüttet, dem Pfleger ins Gesicht schleudert, aber meist wird ihn der Hunger die nächste Mahlzeit um so gieriger verzehren lassen. Dagegen können Verfolgungsvorstellungen ebenso wie alle Formen des Kleinheitswahnes Nahrungsverweigerung bedingen.

Unter den Verfolgungsvorstellungen sind es naturgemäß die Vergiftungsvorstellungen, die die Nahrungsaufnahme am meisten beeinflussen. Daß man mühelos einen Menschen dadurch aus der Welt schaffen kann, daß man seinen Speisen Gift zusetzt, weiß jeder. Es ist deshalb ein gelegener Anknüpfungspunkt für persekutorische Wahnvorstellungen. Geschmacks- und Geruchshalluzinationen wie krankhafte oder normale Organgefühle geben meist den Anlaß dazu. Bald sind die Vorstellungen ganz unbestimmt; der Kranke glaubt, man wolle ihn vergiften oder durch Betäubungsmittel schädigen, bald nehmen sie bestimmte Form an: Phosphor, Arsenik, Lysol, sehr häufig bei Paralytikern mit Vergiftungsideen auch Quecksilber und Sublimat werden ins Essen getan, um sie aus dem Wege zu schaffen. Daß ein Mensch mit solchen Wahnvorstellungen nichts ißt, ist ganz verständlich, und man muß sich eher wundern, daß er trotz solcher Vorstellungen meist doch ißt. Es ist das daraus zu erklären, daß die Wahnideen häufig nur eine geringe Lebhaftigkeit haben, daß das instinktive Gefühl des Hungers sie überwindet. In einem meiner Fälle



war es auch so, daß die Vergiftungsfurcht immer erst nach der Mahlzeit auftrat, wahrscheinlich hervorgerufen durch gastro-intestinale Sensationen; in einem anderen Falle gab der Kranke, der längere Zeit mit der Schlundsonde gefüttert war, als Grund für seine spontane Nahrungsaufnahme an, daß wohl immer noch Gift im Essen sei, aber dasselbe könne ihm jetzt nicht mehr schaden. Es hatte also eine leichte Größenidee die Vergiftungsfurcht kompensiert. Schwerwiegend werden diese Ideen in den Fällen, in denen neben ihnen eine Störung der Empfindungen, d. h. besonders der Empfindung des Hungers vorhanden ist, sei es, daß eine schwere Depression den Kranken beherrscht, sei es, daß eine organische oder funktionelle Lähmung des Vago-Akzessorius die Psychose kompliziert, weiter endlich bei vorgeschrittener Demenz.

Die Verarmungsideen beeinflussen die Nahrungsaufnahme ebenfalls. Die Vorstellungen, das Essen nicht bezahlen zu können, all ihr Hab und Gut zu verzehren, so daß ihre Angehörigen darben müßten, haben oft deletären Einfluß auf die Kranken. Dazu kommen dann noch die Depression über dieses traurige Schicksal, die besonders bei wohl situierten Geisteskranken groß ist, und schließlich häufig Versündigungsvorstellungen.

Vorstellungen der letzteren Art sind bei Kranken, die das Symptom der Nahrungsverweigerung bieten, sehr häufig. Es ist durchaus logisch, daß bei einem Geisteskranken, dessen Vorstellungskreis wesentlich eingeengt ist, zu dem Gefühl, eine schwere Sünde begangen, gar die ganze Welt zugrunde gerichtet zu haben, der Gedanke hinzukommt: Du bist nicht mehr wert, die Luft zu atmen, Nahrung zu Dir zu nehmen. Maßlos wie die Versündigungsideen sind auch die Reaktionen auf dieselben. Aber auch der psychisch Gesunde, der aus Fahrlässigkeit ein Unglück verschuldet hat, verübt oft Selbstmord. Dasselbe Gefühl leitet sicher oft auch den Geisteskranken, nur, daß er mangels anderer Möglichkeit den Tod durch Verhungern sucht. Daß die Depression eine große Rolle dabei spielt, ist selbstverständlich.

Von noch größerer Bedeutung ist der Krankheitswahn. Wie physiologisch bei jeder körperlichen Krankheit, besonders jeder Krankheit der Verdauungsorgane, der Appetit sich verringert, so geschieht es auch bei den Geisteskrankheiten mit hypochondrischen Wahnvorstellungen. Nur ist hier die Appetitlosigkeit und damit der Widerstand gegen die Nahrungsaufnahme weit stärker, weil auch die hypochondrischen Ideen weit maßloser als die natürlichen Störungen sind. Diese Gruppe steht sicher in fließenden Übergängen zu den somatischen Ursachen der Nahrungsverweigerung. Es ist wohl anzunehmen, daß in den Fällen, wo ein Kranker an Magenkrebs zu leiden glaubt, wenigstens ein leichter Magenkatarrh besteht, daß leichte Sensationen von seiten des Gastrointestinaltraktus durch illusionäre Auslegung die Vorstellungen vom Abfaulen der Eingeweide, Verschluß des Darmes usw. wachrufen. Die hypochondrischen Wahnideen sind jedenfalls von größtem Einfluß auf die Nahrungs-



aufnahme. Es kommt bei ihnen besonders gerade zu der teilweisen Nahrungsverweigerung, die die Kranken langsam, aber stetig dem Kräfteverfall näher bringt.

Von den Störungen der Empfindung sind die Illusionen weit häufiger Ursache von Nahrungsverweigerung als die Halluzinationen. Von den letzteren sind es hauptsächlich die mit Wahnvorstellungen auftretenden und weiterhin die im Gebiete des Geschmacks- und Geruchsnerven, die zu Abstinenz führen. Wenn einem Kranken alles bitter schmeckt, wenn jede Speise den Geschmack von Rattengift, Kot usw. hat, so wird er sie ebensowenig essen, als in den Fällen, wo Phosphor- oder Schwefeldämpfe oder allgemein „üble Gerüche" von den Speisen aufzusteigen scheinen. Nur dem Umstande, daß diese Art der Halluzinationen verhältnismäßig selten ist, ist es zu danken, daß die schwere Nahrungsverweigerung nicht noch häufiger bei unseren Geisteskranken ist.

Von großer Bedeutung ist die Zahl der Sinnestäuschungen. Ein massenhaftes Einstürmen läßt den Kranken ebenso wie die Tobsucht gar keine Zeit zum Essen. Nur mit Mühe wird man einem derartigen Kranken die Nahrung einlöffeln können, meist wird er den Bissen im Munde behalten, die Flüssigkeit wieder herauslaufen lassen, weil er inzwischen schon wieder von neuen Erscheinungen in Anspruch genommen ist und das Schlucken vergessen hat. Weiter sind wichtig die imperativen Gehörstäuschungen. Wenn ein Kranker hört, wie Gott, Christus, der Kaiser ihm zuruft: „Du sollst nichts essen", so wird ihm sicher nichts beizubringen sein. Den Grad der Nahrungsverweigerung wird auch hier die Stärke der Erscheinungen bestimmen. Ebenso wird jede Fütterung bei Kranken mit faszinierenden Visionen erfolglos sein.

Die Illusionen führen hinüber in das Gebiet der somatischen Ursachen der Nahrungsverweigerung. Diese liegen häufig schon im Munde. Stomatitiden, Anginen, besonders auch Zahnschmerzen sind bei Geisteskranken sehr häufige Erscheinungen und beeinflussen die Nahrungsaufnahme sehr. Die Kranken beißen dabei die Zähne fest aufeinander, und der Mangel einer Behandlung läßt das zugrunde liegende Übel nur noch schlimmer werden. Die mannigfachen Magendarmkrankheiten, die bei den Geisteskrankheiten, besonders den mit Defekten einhergehenden Formen, infolge der mangelhaften Einsicht in das, was zuträglich und unzuträglich ist, infolge der häufig direkt tierischen Art, alles Eßbare, ob verdorben oder unverdorben, zu verschlingen, sehr häufig sind, geben naturgemäß zur Nahrungsverweigerung häufig Anlaß.

Weiter kann eine mangelhafte Nahrungsaufnahme durch organische Erkrankungen der Nervengebiete, die den Schluckakt auslösen, bedingt sein. Das ist unter den mit psychischen Alterationen einhergehenden Krankheiten hauptsächlich bei der Dementia paralytica und bei den Schlaganfällen der Fall. Die Störungen sind meist nur vorübergehende. Wenn das Leben überhaupt erhalten bleibt, so sind diese Störungen meist die ersten, die sich wieder ausgleichen.

Schließlich ist noch des Eigensinnes vieler Geisteskranker als Grundes für die Nahrungsverweigerung zu gedenken.

Ein Kranker, der nebenbei Vergiftungsideen äußerte, verlangte binnen 24 Stunden seine Entlassung, sonst würde er keine Nahrung mehr zu sich nehmen. 5 Tage beschränkte er sich auf ganz geringe Quantitäten Flüssigkeit. Als dann zur Sondenfütterung geschritten werden sollte, trank er die Ernährungsflüssigkeit aus, nahm dann 2 Tage wieder nichts, wurde hierauf 2 Tage mit der Schlundsonde gefüttert und aß seitdem mit gutem Appetit. Die Vergiftungsideen bestanden weiter.

In anderen Fällen erklärten die Kranken: „Ich will aus Trotz nichts essen", oder „Jetzt will ich gerade nicht essen". Wieweit andere Ursachen der Nahrungsverweigerung in diesen Fällen unterstützend wirken, ist fraglich. Bei einer Kranken mit Dem. praecox auf dem Boden einer Hysterie erleichterte die ausgebreitete Analgesie, die sich auch auf den Magen erstreckt haben dürfte, die Ausführung des Vorhabens sehr, sonst dürften wohl meist Verfolgungsideen mit den Grund für die Abstinenz bieten.

Der von *Schüle* vertretenen Ansicht, daß die Nahrungsverweigerung bei Delirium acutum und bei der Manie in einer außerordentlich gesteigerten Reizbarkeit des motorischen Systems ihre Ursache habe, und daß der Reflexkrampf der Schlingmuskeln die Aufnahme der Nahrung hindere, bedürfen wir heute nicht mehr. Wir kommen mit den Erklärungen aus dem Affekt und den Empfindungsstörungen bei beiden Krankheiten vollkommen aus.

Was die Häufigkeit der einzelnen Ursachen der Nahrungsverweigerung betrifft, so sind natürlich genaue Zahlen nicht zu geben, da die Gründe dafür bei vielen Kranken öfter wechseln. Unter 87 Fällen künstlicher Ernährung wurden 39 mal im Zusammenhang mit der Nahrungsverweigerung Wahnvorstellungen geäußert, davon 7 mal allgemeine Verfolgungsideen, 13 mal Vergiftungsvorstellungen, 9 mal Versündigungs- und 10 mal hypochondrische Ideen. In 24 Fällen ließ die allgemeine Hemmung, sei es, daß dieselbe mit Depression einherging, sei es, daß sie das Bild der Katatonie oder des Stupors zeigte, die Kranken die Nahrungsaufnahme verweigern. Es ist selbstverständlich, daß in vielen dieser Fälle nicht geäußerte Wahnideen vorhanden gewesen sind. In 8 Fällen war starke Tobsucht das einzig sichere Moment für die Nahrungsverweigerung. In 7 Fällen beherrschten Halluzinationen den Kranken, darunter 4 mal Geschmacks-, 3 mal Gehörstäuschungen. In 4 Fällen bildete die krank-



hafte Eigenwilligkeit den direkten Grund für die Abstinenz. In 2 Fällen wurden Selbstmordideen geäußert, in 3 Fällen endlich waren es rein körperliche Zustände (2 mal Lungenentzündung, 1 mal Darmtuberkulose), die Ursache für die Anwendung der Schlundsonde in den letzten Lebenstagen wurden.

An Häufigkeit der Nahrungsverweigerung steht allen Krankheiten voran die Dementia praecox mit 35 von 87 Fällen. Der Beweggrund für die Abstinenz war 18 mal die katatonische Hemmung, 15 mal hinderten Wahnideen die Nahrungsaufnahme, 2 mal Halluzinationen; in 2 Fällen schien der krankhafte Eigensinn den direkten Grund zu bilden, in einem anderen Falle wurden Selbstmordgedanken geäußert. In 16 Fällen kam es bei akutem halluzinatorischem Irresein zu Nahrungsverweigerung, darunter 4 mal bei gänzlicher Verwirrtheit, die übrigen Male unter dem Einfluß bestimmter Sinnestäuschungen. An dritter Stelle steht die Dementia senilis mit 11 Fällen. Wahnvorstellungen beeinflußten 8 mal die Kranken, 2 mal ließ sich nur der hochgradige Stupor als Ursache feststellen, einmal bestand tobsüchtige Erregung. Die Melancholie stellt 8 Fälle von Abstinenz; unter ihnen sind 7 mal Wahnideen (3 mal Versündigungs-, je 2 mal Vergiftungs- und Krankheitswahn) die Ursache, 1 mal wurde nichts derartiges geäußert, dagegen bestand sehr starke Depression. Bei Manischen wurde 2 mal die Schlundsondenfütterung notwendig; beide Male handelte es sich um hochgradige Tobsucht. Ferner wurden 5 Paranoiker gefüttert. Außer bei einem Fall, bei dem ein körperliches Leiden die Ursache abgab, handelte es sich um Verfolgungsvorstellungen, zu denen in 2 Fällen die krankhafte Eigenwilligkeit als dominierendes Symptom hinzukam. Dabei war bei allen bereits eine sekundäre Demenz leichteren Grades vorhanden. Bei Imbezillen mußte 7 mal zur Schlundsonde gegriffen werden, dabei war bei 2 Idioten der allgemeine Stupor die Ursache, in einem Falle wurden hypochondrische Ideen geäußert, in einem anderen bestand hochgradige Tobsucht, 1 mal waren Selbstmordgedanken die Ursache, in 2 Fällen bestand ein schweres körperliches Leiden. Von 2 Fällen von Hysterie, die jedenfalls beide auf Dem. praecox sehr verdächtig sind, wurden 1 mal Geschmackshalluzinationen geäußert, im zweiten war ein stuporöser Zustand die Ursache der Nahrungsverweigerung. Be-

denkliche Nahrungsverweigerung bei Paralytikern hat sich unter meinen Fällen nicht gefunden.

Die Dauer der schweren Abstinenz schwankt zwischen wenigen Tagen und Monaten. Während in 57 Fällen nach einer Sondenfütterung bis zu 6 Tagen die natürliche Nahrungsaufnahme wieder eintrat, mußte in 11 Fällen die künstliche Ernährung 1 bis 8 Monate angewandt werden. Von den Fällen mit kurzdauernder Fütterung genügte in 19 Fällen eine eintägige, oft nur eine einmalige Anwendung der Schlundsonde, um den Kranken zur selbständigen Nahrungsaufnahme zu bringen. Dabei ist die Zahl der Fälle ziemlich hoch, die einige Tage gefüttert wurden, dann wieder Nahrung zu sich nahmen, nach einiger Zeit wieder abstinierten, abermals gefüttert wurden usw. Es handelte sich in fast allen Fällen der letzterwähnten Art um Dem. praecox mit Katatonie.

Was die Art der Krankheit anbetrifft, so waren unter den 57 Fällen, in denen die künstliche Ernährung weniger als eine Woche dauerte, 19 akute Psychosen ohne Intelligenzdefekt (Manie, Melancholie, akutes halluzinatorisches Irresein). Die Fälle, die über 2 Wochen gefüttert werden mußten, gehörten zu den mit Intelligenzdefekt verbundenen Geistesstörungen (Dem. praecox, Dem. senilis, Imbezillität) mit Ausnahme eines Falles von Paranoia, der aber schon Zeichen von sekundärem Schwachsinn bot, ebenso wie 2 Fälle von seniler Melancholie.

Daß die Prognose der Krankheitfälle mit Nahrungsverweigerung schlechter ist als die ohne dieselbe, ist einleuchtend. Die durch die mangelhafte Nahrungsaufnahme hervorgerufene Verringerung der Widerstandkraft läßt die Kranken schädigenden Einflüssen eher erliegen. Ferner handelt es sich bei den mit länger dauernder Nahrungsverweigerung einhergehenden Krankheitfällen meist um „schwere“ Fälle ihrer Art. So sind von den mir zu Gebote stehenden Fällen etwa die Hälfte (bei den Frauen 48,71%, bei den Männern 60%) gestorben. Dabei war unter 87 Fällen einer, in dem die künstliche Ernährung als solche indirekt den Tod herbeiführte, insofern ein längere Zeit gefüttertes junges Mädchen, das absichtlich die Speisen neben der Sonde wieder herauspreßte, einer Lungengangrän erlag.

Welche Mittel haben wir nun zur Bekämpfung der Nahrungsverweigerung, welche stehen uns zu Gebote, dem



Kranken während der Abstinenz Nahrung zuzuführen, welche, ihn wieder zur selbständigen Nahrungsaufnahme zu veranlassen?

Unsere Tätigkeit muß sich hierbei stets darauf richten, zuerst die Ursachen für die mangelhafte Nahrungsaufnahme zu ergründen und darnach zu entscheiden, wie man dieses unangenehme Symptom beseitigen will.

Wie die Abstinenz meist psychisch bedingt ist, muß man zuerst immer versuchen, durch psychische Beeinflussung Abhilfe zu schaffen. Vor allem gehört dazu gutes Zureden und Nötigen. Viele Kranke, die das Essen, stellte man es ihnen einfach hin, nicht anrühren würden, essen es unter gutem Zuspruch zu Ende auf, eine Wirkung, die ja auch jeder geistig gesunde Mensch an sich beobachten kann. Es sind besonders die Kranken, bei denen die mangelhafte Nahrungsaufnahme in einem leichten depressiven Affekt und der allgemeinen Hemmung begründet ist. Große Geduld muß auch dabei Eigenschaft jedes Pflegers von Geisteskranken sein.

Während bei dem einen Kranken gutes Zureden hilft, wird es bei dem anderen das Gegenteil hervorbringen; jeder, auch der leiseste Zwang wird das Motiv, „sich gegenüber der schmerzlich und feindlich empfundenen Außenwelt in Opposition zu setzen (*Krafft-Ebing*)", nur noch verstärken. Aber glücklicherweise ist in diesen Fällen meist das Hungergefühl in den Momenten jedenfalls, wo zum Hervorkehren der Opposition kein Grund vorliegt, stärker als die letztere. Man wird in diesen Fällen dadurch zum Ziele kommen, daß man die Nahrungsverweigerung scheinbar unbeachtet läßt, den Kranken weiterhin das Essen ans Bett stellen und dort bis zur nächsten Mahlzeit stehen läßt. In Augenblicken, wo sie sich unbeobachtet glauben (die Einzelzimmerbehandlung ist dafür sehr geeignet), werden diese Kranken schnell einen Teil oder das Ganze zu sich nehmen, was ebenso wieder weder vom Arzte noch vom Pflegepersonal beachtet werden darf. Wichtig ist dabei immer, über die Menge der tatsächlich genossenen Speisen Kontrolle zu führen.

Den Kranken mit Vergiftungsfurcht wird man das Essen vorkosten lassen, unter Umständen ohne ein Wort der Erklärung. Die Kranken selber bringen uns oft auf diesen Ausweg. Einer unserer Patienten verlangte es direkt, oder er nahm anderen Kranken ihr

Essen weg und ließ sein eigenes stehen, ein Umstand, den man sich eventuell ruhig zunutze machen kann.

Hierher gehört auch ein im Jahresbericht der Pflegeanstalt Tost (1910) veröffentlichter Fall, wo ein Kranker sich 4 Monate mit der Schlundsonde ernähren ließ, dann aber beurlaubt wurde, als sich herausstellte, daß er die Lebensmittel, die ihm von seinen Angehörigen geschickt wurden, oder die er sich selber kaufen konnte, mit Appetit verzehrte. Eine schwere Nahrungsverweigerung kann also sogar die Entlassung aus der Anstalt bedingen; in der Regel macht sie allerdings die letztere erst nötig.

Bei hypochondrischen Kranken kann man bis zu einem gewissen Grade auf ihre Klagen eingehen und nach gründlicher Untersuchung eine etwas abweichende Diät aufstellen; man wird dann oft den gewünschten Erfolg haben. Allerdings ist dies Verfahren bei den Fällen mit vorgeschrittenem Intelligenzdefekt nutzlos.

In den leichteren Fällen, wo mangelnder Appetit ohne Wahnvorstellungen oder Sinnestäuschungen vorliegt, läßt sich, worauf besonders *Emminghaus* hinweist, die Abstinenz z. T. verhüten durch diätetische Maßnahmen und die Art der Servierung. Es handelt sich damit gerade um die Therapie der teilweisen Nahrungsverweigerung, die ja die weitaus häufigere ist. Auswahl und Zubereitung der Speisen wie Gesellschaft beim Essen und angemessene Servierung sind ja schon beim Gesunden sehr geeignete Mittel, die Nahrungsaufnahme zu steigern.

Das größte Gewicht ist auf die Behandlung selbst der geringfügigsten körperlichen Störungen, vor allem derjenigen des Verdauungskanales, zu legen. Dazu gehört einmal die Mundpflege und besonders die Zahnpflege. Zahnschmerzen sind infolge des überaus häufig defekten Gebisses unserer Geisteskranken, das seinerseits wieder aus der mangelhaften Zahnpflege resultiert, ein sehr häufiges Leiden, und in vielen Fällen, wo die Kranken mit Aufbietung aller Kräfte die Zähne aufeinanderpressen und völlig abstinieren, vermag eine Zahnextraktion die Nahrungsverweigerung zu heilen. Endlich ist die Behandlung der mannigfachen Krankheiten des Verdauungskanales, besonders auch die Sorge für den Stuhlgang, häufig zugleich die Behandlung der Abstinenz.

Bei den höheren Graden ungenügender Nahrungsaufnahme wird man, soweit das durchführbar ist, den Kranken durchweg Bettruhe



verordnen, um den Aufbrauch der Kräfte nach Möglichkeit zu verzögern. Auch mit Beruhigungsmitteln darf man aus demselben Grunde noch weniger sparsam sein wie bei den übrigen Kranken, ganz abgesehen davon, daß dieselben die Fütterung solcher Patienten wesentlich erleichtern. Man muß eben den Verbrauch der Nährstoffe mit allen Mitteln einschränken in der Hoffnung, daß die psychische Konstellation beizeiten einer spontanen genügenden Nahrungsaufnahme wieder günstig wird.

Was die Nahrung betrifft, die bei Abstinierenden am Platze ist, so muß sie zwei Bedingungen erfüllen, sie muß leicht verdaulich sein, und dabei möglichst viel ausnutzbare Nährstoffe enthalten. Dabei wird man Flüssigkeiten den Vorzug geben, da erfahrunggemäß Flüssigkeiten noch häufig in genügender Menge genommen werden, wo die Aufnahme fester Nahrung nicht mehr zu erreichen ist. Souveränes Nahrungsmittel ist darum die Milch, die man mit den verschiedensten Zutaten, Eiern, Kognak, Portwein, vor allem auch Kaffee den Kranken angenehmer machen muß, da reine Milch meist bald Widerwillen erregt. Häufig werden auch frische Gemüse noch reichlich genommen, wo Fleischnahrung völlig verweigert wird. Von den künstlichen Nährmitteln, besonders den Eiweißpräparaten ist weitgehendster Gebrauch zu machen. Die günstige Wirkung kleiner Alkoholdosen auf die Eßlust pflegt auch bei Geisteskranken einzutreten.

In schwereren Fällen der Abstinenz ist der Kranke nicht mehr zur selbständigen Nahrungsaufnahme zu bringen, wohl aber schluckt er noch, wenn er gefüttert wird. Die Fütterung mit dem Löffel führt hauptsächlich bei gehemmten Kranken und solchen, die durch stärkere Exaltation oder massenhafte Halluzinationen am Essen gehindert werden, oft zum Ziele. Natürlich wird ein mehr oder weniger starker Widerstand gegen die Fütterung zu überwinden sein. Ich kenne eine Kranke, die spontan zeitweise nichts nimmt, von zwei Wärterinnen gehalten werden muß, während eine dritte ihr das Essen in den Mund stopft. Dann nimmt sie ganz willig und kaut es gut durch. In solchen Fällen kann man sich die Fütterung erleichtern, wenn man kurz vorher ein Beruhigungsmittel gibt; meist wirken wenige Dezimilligramm Hyoszin am besten.

Solange der Kranke noch kaut und schluckt, ist die Fütterung noch einfach, schwieriger wird sie, wenn er die Zähne aufeinander-



beißt. Man kann dann versuchen, durch eine Zahnlücke Flüssigkeit einzugießen, aber man muß sich der Gefahr bewußt sein, daß diese Manipulation bei widerstrebenden oder Kranken mit völliger Resolution leicht zum Eindringen der Flüssigkeit in den Kehlkopf führen kann. Man muß immer erst mit geringen Quantitäten versuchen, ob der Kranke schluckt, und muß diesen Versuch bei jeder Fütterung wiederholen. Zu solchem Eingießen eignet sich besonders die Schnabeltasse.

Auf diese Weise kann man oft lange Zeit den Kräftezustand eines Kranken einigermaßen auf der Höhe erhalten, besonders, wenn der Kranke noch mit dem Löffel zu füttern ist. Nur zu häufig aber muß man zu dem letzten Mittel greifen, um derartigen Kranken Nahrung zuzuführen, der künstlichen Ernährung. Von den Arten derselben kommen für unsere Zwecke zwei in Betracht, die Ernährung per rectum und die Schlundsondenfütterung.

Nährklystiere können beim psychisch Gesunden die Ernährung per os ersetzen oder wenigstens ergänzen. Aber der Wert der Nährklystiere ist von einem Faktor abhängig, auf den wir bei unseren Geisteskranken meist verzichten müssen, vom guten Willen der Patienten. Unsere Kranken werden den Einlauf einfach laufen lassen. Bis zu einem gewissen Grade kann man dem durch hohe Eingießungen nur geringer Mengen von Nährflüssigkeit unter Zusatz von Opium event. nach vorangegangenem Reinigungsklysma entgegenarbeiten. Für dauernde Ernährung reichen die Klystiere jedenfalls nicht aus. Das Nährklystier muß in vielen Fällen versucht werden, bevor man zur Schlundsonde greift, meist wird der Versuch erfolglos bleiben.

Als letztes Hilfsmittel bleibt die Fütterung mit der Schlundsonde.

Die Schlundsonde hat seit ihrer ersten Anwendung viele Anfeindungen durchmachen müssen. Besonders zu der Zeit, als das No-restraint-System aufkam, wollte man jeden Zwang abschaffen, auch die Zwangsfütterung; der unästhetische Anblick, den die Anwendung der Sonde bei widerstrebenden Kranken bietet, hat ihr erbitterte Gegner geschaffen; endlich wurde auf den verschlimmernden Einfluß hingewiesen, den die Zwangsfütterung auf manche Geisteskrankheiten, vor allem die Melancholie haben sollte. So kam es,

daß 1881 *Eickholdt* die Schlundsonde nur bei den Fällen von Paralyse, die mit Schluckstörungen einhergehen, angewendet wissen wollte, nie bei Nahrungsverweigerung auf psychischer Grundlage. Heutzutage wird wohl niemand den hohen Wert der Schlundsonde für die Praxis der Irrenärzte bezweifeln, und, wenn wir auch heute Vorsicht in ihrer Anwendung üben, so geschieht es, um dies letzte Hilfsmittel nicht zu früh anzuwenden, und weil die Anwendung der Sonde auch in den geübtesten Händen Gefahren mit sich bringt.

Von der Gefahr einer Verschlimmerung der Psychose sehe ich ab. Wohl kann die zwangweise Fütterung zu neuen Wahnvorstellungen Anlaß geben, wohl kann sie das Widerstreben des Kranken noch vermehren, aber diese Verschlimmerung wird in bezug auf den Allgemeinzustand, der die Zwangsfütterung bedingt, nicht in Betracht kommen. Die Gefahren der Schlundsonde liegen darin, daß die Sonde einen falschen Weg nimmt und besonders, daß bei der Fütterung auf irgendeine Weise Speiseteilchen in die Luftwege gelangen.

Die Schlundsondenfütterung wird in der Regel so ausgeführt, daß eine mittelstarke Gummisonde mit verstärkter Spitze, die mit seitlichen Öffnungen versehen ist, bei etwas vorgebeugter Kopfhaltung durch ein Nasenloch in den unteren Nasengang eingeführt und vorsichtig durch Rachen und Speiseröhre in den Magen vorgeschoben wird. Zur Einführung durch den Mund mit Hilfe eines Mundsperrers, die auf viel größeren Widerstand stößt, wird man sich nur dann entschließen, wenn die Einführung durch die Nase infolge pathologischer Verhältnisse nicht möglich ist. Zu beachten ist, daß der Weg durch die Nase etwas länger als durch den Mund ist, die Sonde also etwas weiter geschoben werden muß, um sicher im Magen zu sein. Die Nährflüssigkeit wird dann unter mäßigem Druck eingegossen, der Schlauch abgeklemmt und vorsichtig, aber ohne Zögern herausgezogen.

Eine unrichtige Lage der Schlundsonde kann dadurch eintreten, daß dieselbe in die Mundhöhle gelangt und sich hier aufrollt. Ein derartiges Mißgeschick wird bei vorsichtiger Handhabung nie unbemerkt bleiben. Kann man einen Schluckakt zum Vorschieben der Sonde über das Gaumensegel benutzen, um so besser; es geht auch ohne denselben. Weiter war früher die Gefahr gefürchtet, in den Kehlkopf und die Luftröhre zu gelangen. Das ist, ohne daß ein



krampfhafter Husten und die Dyspnoe es sofort verrät, nur möglich bei Kranken mit Anästhesie des Kehlkopfes, und auch bei diesen wird eine Veränderung der Atmung sich nach kürzester Zeit einstellen. Ein kurzes Zuwarten wird also diese Gefahr erkennen lassen. Weiter bewährt sich sehr das Mittel, den Kranken zum Anlauten zu bringen, da dann die Sonde sicher nicht zwischen den Stimmbändern liegt. Endlich vermag man sich, um ganz sicher zu gehen, durch Einblasen von Luft von der richtigen Lage der Sonde zu überzeugen.

Größer ist eine andere Gefahr. Die Fütterung eines geistig Gesunden ist ungefährlich, weil er dieselbe unterstützt; die Fütterung eines Bewußtlosen ist, sofern man sich von der richtigen Lage der Sonde überzeugt und nicht zu große Mengen eingießt, so daß ein Überfließen erfolgt, kaum mit Gefahr verbunden; die Fütterung vieler Geisteskranker ist deshalb gefährlich, weil sie bei ihrem Widerstreben die Flüssigkeit neben der Sonde herauspressen und damit die Gefahr der Aspiration herbeiführen, die mit Rücksicht darauf, daß ein Fremdkörper, eben die Sonde, den Abschluß des Kehlkopfes erschwert, weit größer ist als beim gewöhnlichen Erbrechen. Dieser Gefahr kann man durch vorherige Beruhigung des Kranken vorbeugen, sie aber nie sicher verhindern.

Ein Beispiel dafür: Ein 17jähr. Mädchen mit Dem. praecox verweigerte nach mehrmonatiger Anstaltpflege die Nahrung. „Ich will aus Trotz nichts essen" wurde als Grund geäußert. Die Schlundsondenfütterung wurde 3 mal täglich vorgenommen, zuerst ohne Schwierigkeiten. In der letzten Zeit hatte Pat. aber gelernt, neben der Sonde zu erbrechen, so daß wiederholt die Fütterung unterbrochen werden mußte. Nach etwa einem Monat erfolgte plötzlich wieder spontane Nahrungsaufnahme; wenige Tage später ließen sich die ersten objektiven Zeichen einer Lungengangrän feststellen, nach 3 Wochen erfolgte der Tod. Die Obduktion erwies zwei gangränöse Herde in der rechten Lunge.

Nur dringende Anzeichen mangelhafter Ernährung sollen uns deshalb zur Anwendung der Schlundsonde leiten. Dabei wird uns einmal der deutlichste Maßstab für den Grad der Ernährung, das Körpergewicht, unterstützen. Besonders in den Fällen mit teilweiser Nahrungsverweigerung wird man durch wöchentliche Wägungen feststellen, inwieweit die Nahrungsaufnahme zu wünschen übrig läßt. Aber auch ohne exakte Wägungen wird es meist möglich sein, aus der Welkheit und Blässe der Haut, der Müdigkeit und Schlaff-



heit der Bewegungen, kurz der allgemeinen Hinfälligkeit einen Schluß auf den Grad der Mangelhaftigkeit der Nahrungsaufnahme beim Fehlen sonstiger Erkrankungen zu ziehen, so daß nicht erst eine Verschlechterung des Pulses und der drohende Kollaps zur Schlundsonde greifen lassen. Die Herztätigkeit wird immer ein sicheres Maß des Kräftezustandes abgeben. Die Kontrolle des Pulses ist deshalb bei abstinierenden Kranken ein Haupterfordernis der ärztlichen Aufsicht. Sobald der Puls kleiner und frequenter wird, muß unbedingt künstliche Ernährung eintreten. Wertvoll ist auch das Auftreten des Azetongeruches und des Azetons im Urin.

Unter Berücksichtigung dieser Momente kann man in der Regel, wie von den meisten Autoren angegeben wird, 5—6 Tage bei völliger Abstinenz und mittlerem vorherigen Ernährungszustand mit der künstlichen Ernährung warten. Wird, wie es vorkommt, Wasser in hinreichender Menge genommen, so kann sich diese Zeit bei ruhigen Kranken auf 10—14 Tage erhöhen; bei unruhigen Kranken wird man natürlich früher mit der Zwangsfütterung beginnen müssen.

Greift man nun zur Schlundsonde, so erlebt man häufig, daß der Kranke auf die bloße Drohung hin die Nährflüssigkeit austrinkt, in anderen Fällen hat eine einmalige Fütterung denselben Effekt. Es empfiehlt sich deshalb, nach der ersten Fütterung stets zu versuchen, den Kranken zur selbständigen Nahrungsaufnahme zu bringen. Man wird deshalb, sofern der Gesamtzustand das noch erlaubt, eine Pause von 24 Stunden machen und erst dann regelmäßig füttern. Aber auch während der weiteren Fütterungszeit muß man mindestens alle Woche einen Tag aussetzen, wie man überhaupt während der Fütterung nie nachlassen darf, dem Kranken Nahrung anzubieten in derselben Weise, als wenn keine Zwangsfütterung stattfände, um den Moment, der die natürliche Nahrungsaufnahme wieder bringt, nicht zu verpassen.

Die Fütterung erfolgt 2 oder 3 mal täglich. Bestimmend ist dafür, ob der Kranke würgt oder nicht. Im ersten Falle wird man dreimal geringere Mengen füttern, im letzten zweimal größere Mengen geben. Dabei kann man im letzten Falle ½ l überschreiten (¾—1 l), im ersten wird diese Quantität das Maximum darstellen.

Was die Zusammensetzung der Nährflüssigkeit betrifft, so ist auch hier die Milch das Hauptnahrungsmittel. Zu derselben wird



man Eier, Wein, event. auch künstliche Präparate geben; nie darf das Kochsalz vergessen werden. Nach langer Sondenfütterung hat man bisweilen Skorbut auftreten sehen. Dieser Gefahr zu entgehen, ist vorgeschlagen worden, zeitweise auch frische Gemüse zu füttern. Es wird sich dabei wohl meist um Gemüsesuppen handeln müssen. Die Nährflüssigkeit wird lauwarm eingegossen. Man kann ihr ohne Schwierigkeit nach Bedarf Beruhigungsmittel zusetzen, auch empfiehlt sich, einige Tropfen Digalen oder Strophantustinktur hinzuzufügen.

Zum Schluß ist noch auf die direkt lebensrettende Wirkung hinzuweisen, die subkutane Kochsalzinfusionen besonders bei solchen Kranken hervorbringen können, die nach langer Abstinenz in häuslicher Pflege oft zum Skelett abgemagert, in diesem Zustande der Pflegeanstalt überwiesen werden. Daß man in solchen Fällen daneben von den Herzreizmitteln ausgiebigen Gebrauch macht, ist selbstverständlich.

Die subkutane Einverleibung von Nährstoffen, die für unsere Kranken von größtem Wert sein würde, ist ja leider auch heute noch trotz mannigfacher Versuche ein unerreichtes Ziel.

Literatur.

Eickholt, Über die Ätiologie und Behandlung der Nahrungsverweigerung bei Geisteskranken. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 37, 1881.

Emminghaus, Abteilung IX in Penzoldt-Stinzing: Handbuch der speziellen Therapie.

Klein, Über den heutigen Stand der Schlundsondenfütterung bei Geisteskranken und das Auftreten von Skorbut bei lange fortgesetzter einseitiger Ernährung. Monatsschr. f. Psych. 1898.

Lehrbücher der Psychiatrie von *Kirchhoff*, *Kraepelin*, *Krafft-Ebing*, *Ziehen*.



Phantastik und Schwachsinn.

(Gerichtliches Gutachten.) [1]).

Von

Dr. **Gustav Blume,** Assistenzarzt.

Am 10. XII. 1910 wurde der 22jährige Kaufmann X. zur Beobachtung seines Geisteszustandes unserer Irrenanstalt zugeführt. Es wurden ihm eine Reihe von Strafhandlungen vorgeworfen, die alle in ziemlich analoger Weise ausgeführt worden waren:

X. hatte sich gegenüber Handwerkern, Geschäftsleuten, Zimmervermieterinnen u. a. als Referendar, Postbeamter, Dr. med., Krankenhausarzt u. dgl. ausgegeben, hatte irgendeinen Tatbestand fingiert und auf diese Weise von den Leuten geringfügige Geldbeträge (5 bis 10 Mk.), ferner Gebrauchsgegenstände, Musikinstrumente, photographische Apparate u. a. m. erschwindelt, um dann seine Beute meist noch an demselben Tage zu versetzen. Wegen derartiger Vergehen war X. schon wiederholt bestraft worden, zuletzt im Jahre 1909 mit sechs Monaten Gefängnis, die er bis zum Juni 1910 verbüßt hatte. Unmittelbar nach seiner Entlassung — noch in demselben Monat Juni — hatte er nun trotz eifrigster Bemühungen seiner Eltern, ihn abzulenken und zu beschäftigen, dieses seltsame Treiben von neuem begonnen, war im Oktober verhaftet und abermals dem Gericht übergeben worden. Dieses hatte ihn dann auf Antrag des Verteidigers und nach Anhörung des Gerichtsarztes uns zur Beobachtung überwiesen.

Es ergab sich nun vom Wesen des Angeklagten und seinem bisherigen Schicksale folgendes Bild:

---

[1]) Aus der Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf. Direktor: Geh. Rat Dr. *W. Sander.*



X. wurde am 10. VII. 1888 als Sohn eines Weinhändlers geboren. In seiner Familie sind Geistes- und Nervenkrankheiten vorgekommen: die Großmutter mütterlicherseits ist 1892 in Dalldorf gestorben. Der Vater soll 1873 einen schweren, „epileptischen" Krampfanfall gehabt haben, wobei er 5 Stunden ohne Bewußtsein lag. Endlich ist eine Schwester des Angekl. zurzeit geisteskrank, eine andere schwer nervös und aufgeregt. Die Geburt des Angekl. soll normal gewesen sein. Es mag hierbei erwähnt werden, daß der Vater aus Freude über die Geburt dieses Sohnes eine Flasche Portwein (3/4 l) in das Badewasser des Neugeborenen goß

Als kleines Kind soll X. geweckt und klug gewesen sein. Es ist jedoch schon aus der Kindheit eine Reihe von Tatsachen bekannt, die den Verdacht auf eine krankhafte Veranlagung erwecken müssen. Wenn er z. B. als Junge Soldaten geschenkt bekam, so köpfte und zerschlug er sie alle binnen 10 Minuten und ruhte nicht eher, als bis „alle tot seien". Die Mutter erzählt, daß er „tolle Spiele gespielt habe". So habe er die Sophakissen zerklopft, die Zähne gefletscht und sich ganz eigentümlich gebärdet. Gern errichtete er kleine Scheiterhaufen auf dem Tisch, die er dann anzündete. Beim Spielen mit dem Puppentheater schoß er alles kurz und klein.

Bis zu seinem 12. Jahre war X. auf einer Volksschule, wo es angeblich noch ganz gut ging. Alsdann kam er auf eine Realschule (höhere Bürgerschule), und hier blieben seine Leistungen alsbald sehr wesentlich hinter dem Durchschnitt zurück. Sein Platz war beständig unter den letzten. Seine Schulzeugnisse weisen in fast allen Fächern das Prädikat „mangelhaft" auf, und beim Verlassen der Schule im Herbst 1903, also im Alter von 15 Jahren, befand er sich in der IV. Klasse.

Mit 13—14 Jahren trat er in die gerade bei Naturen seiner Art doppelt bedeutungvolle Periode der Pubertät ein. Er wurde jetzt „großmannsüchtig" und begann kleine Schwindeleien. Körperlich entwickelte er sich sehr rasch, so daß er meist für älter gehalten wurde, als er war. Er verkehrte schon mit den Primanern seiner Schule und wurde von ihnen zu Kneipereien mitgenommen, wahrscheinlich auch zu sexuellem Verkehr verleitet.

Bald nach dem Verlassen der Schule wurde er von seinem Vater zwecks weiterer Ausbildung zu einem französischen Geschäftsfreunde nach Bordeaux geschickt. Seine Schwester meint, daß er dort „ganz verdorben" sei. Besonders verhängnisvoll war für ihn die dortige Sitte, große Mengen schwerer, geistiger Getränke zu sich zu nehmen (Absinth und Kognak), eine Sitte, die er sich lebhaft zu eigen machte. Ist er doch noch heute ein ernsthaft überzeugter Anhänger der Gewohnheit, in den Morgenkaffee ein Glas französischen Kognaks zu gießen. Auch in sexueller Beziehung scheint er in Frankreich manchen Gefahren ausgesetzt gewesen zu sein. Jedenfalls brachte er eine spezifische Infektion mit nach Hause, über deren Charakter allerdings nichts Sicheres in Erfahrung zu bringen war.



Über seine Leistungen im Geschäft seines Wirtes ist ebenfalls nichts Sicheres bekannt, allem Anschein nach aber waren sie recht mangelhaft. Jedenfalls lehnte ein anderes Geschäft eine Bewerbung X.s nach Erkundigung an der ersten Stelle ab.

1905 ist X. wieder in Berlin. Je weiter er nun im Alter vorrückt, desto mehr häufen sich in seinem Wesen und in seiner Lebensführung Momente, die den Gedanken an eine krankhafte Geistesbeschaffenheit nahelegen müssen. Mit 17 Jahren schloß er sich in seine Stube ein und zerschoß mittels eines Revolvers die Wände und die Zimmereinrichtung. Zur Rede gestellt, lachte er „ganz blödsinnig"! Ein anderes Mal warf er sich mit dem Ausruf: „ich bin ein schlechter Mensch!" lang in die Stube und lag steif wie ein Stock. Dergleichen kurze Anwandlungen von Reue und Selbsterkenntnis sind anscheinend noch öfter vorgekommen, wie er denn überhaupt im Grunde weichen und lenksamen Charakters war und leicht weinte. Nichtsdestoweniger machte er im Alter von 16 bis 18 Jahren „kolossale Dummheiten". Die wenigen Jahre seit der Rückkehr aus Frankreich sind ausgefüllt von einer fast ununterbrochenen Kette törichter und sinnloser Streiche, die ihn, trotz unaufhörlicher Opfer und Bemühungen seines Vaters, schließlich mit den Gerichten in Konflikt bringen. So gibt er sich z. B. für großjährig aus, kauft mehrere Male eine Nähmaschine auf Abzahlung, um sie alsbald zu versetzen, so daß der Vater genötigt ist, sie wieder einzulösen. Solche Fälle kamen fortwährend vor. Einmal stellte ihn der Vater ernsthaft zur Rede. X. „gebärdete sich dabei wie toll", kniete vor dem Vater nieder und küßte ihm die Hände. Am nächsten Tage war alles vergessen. Im Januar 1905 — kurz nach dieser Vermahnung — mietete X. einen großen Laden, den er von dem Besitzer nach seinen Angaben für 2—300 Mk. umbauen und einrichten ließ. Er machte dann große Warenbestellungen bei Brauereien und Schokoladenfabriken und kündigte auf großen roten Plakaten, die mit seinem vollen Namen unterschrieben waren, die Eröffnung einer Konditorei an.

Sehr charakteristisch ist auch, daß X. nach Angabe der Mutter stets mit einer großen Aktenmappe umherlief, in der ein halbes Jahr lang nichts weiter lag, als ein paar alte Schulzeugnisse. Damit wollte er angeblich „Stellung suchen".

Die Mutter hebt ferner seine maßlose Verschwendungsucht, sowie seinen Hang zum Trinken hervor. So hat er sich in einer Woche vier Paar neue Stiefel bestellt, obwohl er erst kurz vorher vom Vater drei Paar bekommen hatte. Er verkaufte alle seine Kleidungstücke, um trinken zu können.

Neben solchen, vielleicht noch mit Unreife und Leichtsinn zu erklärenden Streichen sind nun aber einige Vorkommnisse bekannt, die auch mit gutem Willen kaum noch in den Rahmen des Physiologischen zu zwängen sind. So kam er eines Abends verkleidet nach Hause, mit



langer Perrücke und schwarzem Bart, warf sich vor seiner Schwester zu Boden und machte ihr eine Liebeserklärung. Er sagte dann, er sei Detektiv und müsse noch heute Nacht im Auftrage des Ehemannes eine Frau des Ehebruchs überführen. Ein anderes Mal ging er in angetrunkenem Zustande vormittags zu seinem Friseur und gab ihm den Auftrag, ihm Kopf und Gesicht zu verbinden, damit er unkenntlich sei. Er sei nämlich Detektiv und müsse in einer wichtigen Sache Recherchen anstellen. Mit dem verbundenen Kopf fuhr er dann nach Hause zu seinen aufs höchste erschrockenen Eltern. Am nächsten Tage wußte er von der ganzen Sache nichts mehr. Diese von X. stammenden Angaben wurden mir von seiner Mutter vollkommen bestätigt. Sie berichtete noch, daß er zu Hause auf ihre bestürzten Fragen äußerte, er habe sich seiner Schulden wegen erschießen wollen. Wenn man ihn später wegen solcher Geschichten zur Rede stellte, so habe er nie einen vernünftigen Grund angeben können, sondern immer nur „blöde gelacht".

Ferner sind noch folgende Angaben der Vorgeschichte bemerkenswert: X. teilte mir auf Befragen mit, daß er früher häufig an plötzlichem, ruckweisem Emporschrecken kurz vor dem Einschlafen gelitten habe. Auch Bettnässen sei bis vor einigen Jahren hin und wieder vorgekommen. Häufig habe er aus heiler Haut die Empfindung, als ob jemand mit Glas über eine Schiefertafel hinfahre, oder auch, als ob „ein Bleisoldat langsam zerbrochen würde". Beides sei geradezu fürchterlich. Von Kopfverletzungen ist nicht viel Sicheres bekannt. Einmal sei er als Kind beim Spielen mit der Stirn aufgeschlagen. Später habe er beim Fechten einen stumpfen Hieb über den Kopf erhalten und mehrere Tage darnach an Kopfschmerzen gelitten.

Die Eltern versuchten das Menschenmögliche, ihren Sohn auf den rechten Weg zu bringen, doch immer mit demselben trostlosen Ergebnis. Wo er auch untergebracht wird — stets begeht er nach kurzer Zeit irgendeine Dummheit, bleibt unentschuldigt von seiner Arbeitstelle fort oder dergleichen und wird alsbald entlassen.

Und nun ist eine Episode zu erwähnen, die für seine ganze Entwicklung ohne Frage von der allergrößten Bedeutung geworden ist, ein Ereignis, wie es bei der Veranlagung dieses Menschen fast mit Naturnotwendigkeit eintreten und ihm den letzten und entscheidenden Antrieb auf der schiefen Bahn geben mußte. X. verliebt sich. Mit 18 Jahren lernt er die Inhaberin einer Konditorei kennen, und obwohl sie 10 Jahre älter ist als er, dazu (nach Angabe seiner Schwester) eine durchaus unbedeutende und ungebildete Person, die auch bereits ein Kind hatte, so gerät er doch in einen Taumel ebenso ehrlicher, wie unreif-romantischer Verliebtheit, die ihn für jede normale, schlichtbürgerliche Beschäftigung vollends unbrauchbar macht. Und weil die Angebetete in ihrem Geschäft den Gästen gegenüber liebenswürdig ist, überkommt ihn eine maßlose Eifersucht, er läßt jede Berufsarbeit im Stich und setzt sich mit einem



Revolver bewaffnet den ganzen Tag in die Konditorei, um „seine Braut“ zu bewachen. Denn er meint es natürlich äußerst ernsthaft und will sobald als möglich heiraten. Zu diesem Zwecke stellt er beim Vormundschaftsgericht den Antrag auf Großjährigkeitserklärung, wird allerdings infolge des Einspruchs seiner Eltern und des Hausarztes damit abgewiesen. Da ihn nun trotz seiner Wachsamkeit dauernde Eifersucht plagt, veranlaßt er seine Braut die Konditorei aufzugeben und richtet ihr eine Wohnung von drei Zimmern ein. Wie es nicht ausbleiben kann, stellen sich sehr bald Zahlungschwierigkeiten ein, und der Vater muß wiederum für den Sohn einspringen. Das hindert diesen aber nicht, seiner Braut noch zwei andere Wohnungen zu mieten. Schließlich findet er eines Abends bei ihr einen Offizier, einen „früheren Bekannten aus der Konditorei“. Darüber kommt es nun zunächst zum Bruch.

Ich habe diese Geschichte etwas ausführlicher erzählt, weil sie erstens für die Schicksale X.s von erheblicher Bedeutung ist und zweitens in Entstehung, Verlauf und Ausgang m. E. zur Charakteristik des Angeklagten einen sehr wichtigen Beitrag liefert.

Wie bereits erwähnt, ist es der Familie des X. auf die Dauer nicht möglich, ihn vor einem Konflikt mit den Gerichten zu schützen. Die Art seiner Delikte ist bereits eingangs kurz erläutert worden, es sei nur noch bemerkt, daß X. in der kurzen Zeit von Ende Juni bis zu seiner Verhaftung am 11. X. 10 nicht weniger als neun Leute schädigt, während er in einem zehnten Falle sich damit begnügt, sich als Referendar auszugeben, mit dem Auftrage, „Ermittlungen anzustellen“ und ein „Protokoll aufzunehmen“.

Ich wende mich nunmehr zur Schilderung des Befundes, den X. während seines sechswöchigen Anstaltaufenthaltes darbot.

X. ist ein gut mittelgroßer Mensch, von derbem Knochenbau, in sehr gutem Ernährungs- und Kräftezustand. Er hat ein rundes, dickwangiges, etwas imbezilles Kindergesicht. Der Kopfumfang beträgt fast 58 cm. Bemerkenswert sind seine hochgradige Kurzsichtigkeit, sowie sehr defekte Zähne. Die inneren Organe bieten keinen pathologischen Befund, dagegen ergab die Untersuchung des Nervensystems eine deutliche Herabsetzung der Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit, besonders an den Armen, sowie eine leichte Unsicherheit in der Lokalisation, der Konjunktivalreflex war herabgesetzt, dagegen der Kornealreflex von normaler Stärke, der Würgereflex sehr lebhaft.

Sein äußeres Verhalten war während der ganzen Beobachtunsgsdauer klar, geordnet und ruhig. Erst in der letzten Zeit änderte sich dies etwas. Wenn er auch dem Arzt gegenüber gleichmäßig höflich blieb, so zeigte er doch sonst eine deutlich schwankende Stimmung, war häufig deprimiert, dann wieder heiter und gesprächig.

Es wurde zunächst mit X. seine frühere Geschichte durchgesprochen. Er betonte hierbei mit großem Nachdruck, sein Vater sei ein unehelicher



Sohn des Fürsten Pückler, also in seinen Adern fließe blaues Blut. Dazu gab mir seine Schwester an, daß es sich um eine ganz vage Familienüberlieferung handle, die vielleicht auf den Großvater oder noch früher zurückgehe.

Auf die Frage, warum er den ganzen Tag in der Konditorei gesessen habe, wird X. sehr erregt und fängt an zu weinen: „Das ist doch ganz logisch, Herr Doktor. Wenn ein Mann seine Geliebte in den Armen eines anderen findet — — da schieße ich eben erst sie und dann mich über den Haufen!"

Pat. hat aber damals, wie er selbst zugibt, seine Braut durchaus nicht „in den Armen eines anderen gefunden", sondern sie nur in der Konditorei beobachtet. Pat. weist bei dieser Unterredung alle Zeichen ehrlicher, lebhafter, innerer Beteiligung auf. Sein Kinn und seine Lippen zittern, er ist fortwährend dem Weinen nahe. Er berichtet dann von seinem Versuch, seine Braut sofort zu heiraten und von den Maßnahmen seiner Eltern zur Vereitelung dieser Absicht. Pat. beklagt sich sehr erregt darüber, beteuert, daß er doch „ganz logisch" und normal gehandelt habe.

Die Frage, ob er denn jetzt für geisteskrank erklärt werden wolle, verneint er mit großer Entschiedenheit. Er sei ganz normal und habe nicht das geringste Unrecht begangen.

(Warum er sich als Besitzer eines Zigarrengeschäfts ausgegeben habe?) „Ja, ich persönlich bin wohl imstande, ein solches Geschäft zu leiten. Und man ist doch berechtigt, sich als das auszugeben, als was man sich fühlt."

Dasselbe Argument bringt X. als Motivierung seiner übrigen Schwindeleien vor. Er habe sich sehr viel „mit Medizin beschäftigt", deshalb könne er sich Doktor nennen. Es ist dem Pat. auf keine Weise die Strafbarkeit seiner Handlungen plausibel zu machen. Er beruft sich immer wieder darauf, daß er wohl fähig sei, derartige Stellungen auszufüllen, daß er infolgedessen ein Recht auf den Titel habe, daß er sich nicht anders nennen konnte, weil ihn die Leute sonst zu „proletenhaft" (sein Lieblingswort) behandelt hätten, daß im übrigen niemand geschädigt werden sollte, da — sein Vater schon alles bezahlt hätte.

(Wieso das Protokollaufnehmen so interessant sei? vgl. X.s Brief aus der Untersuchungshaft, weiter unten.) „Ich habe mich eben für alles interessiert. Das sehen wir jaauch an Nicolaus Lenau, daß man sich mit mehrerem beschäftigen soll. So habe ich mich auch mit Jura viel abgegeben, und es ist doch sehr interessant, wieweit die Sache eigentlich so geht."

Pat. schreibt in zwei Briefen: . . . . . „in allernächster Zeit hoffe ich dem Lokalanzeiger einen Eröffnungsartikel meiner Arbeiten einsenden zu können" . . . . „auch für mich ist in einer Beziehung ein kleines Glück geschaffen, da ich ein Problem meines Buches gelöst habe, und hoffe, das (sic) es eine Grundlage zum wahren Glück vieler Menschen sein wird."



Aus der Intelligenzprüfung seien folgende Proben angeführt: (Haeckel?) „Ein Philosoph, der sich hauptsächlich mit der Erforschung der Bibel befaßt hat."

(Antike Dichter?) „Homer" (X. betont auf der ersten Silbe).

(Was geschrieben?) . . . . . „so . . . . Oden?" (Verwechslung mit Horaz?)

(Aristoteles?) „Ein sehr redegewandter Dichter."

(Philosophen?) „Kant, H. v. Kleist, A. v. Humboldt, Sophokles." (Verwechslung mit Sokrates?)

(Aus der älteren Zeit!) „Nietzsche."(!)

(Wann gelebt?) „So 17. Jahrhundert." (!!)

(Unterschied von Preußen und Deutschland?) „Preußen ist ein Kaiserreich, es heißt doch Preußen oder Deutschland. Im Fall eines Krieges vereinigen sich dann noch mehr Länder."

(Auf Befragen, mühsam:) „Bayern, Österreich, Strelitz."

Vom Wesen der Zinsen hat X. keine Vorstellung, glaubt, der durchschnittliche Zinsfuß sei 10% und vermag 4% von 100 000 Mk. nicht auszurechnen.

(Das höchste Gebirge in Europa?) „Die Schneekoppe."

(Zentrumspartei des Reichstages?) „Da sind hauptsächlich Juden drin."

(Kreislauf des Wassers?) Pat. glaubt, das Wasser fließe vom Meere in unterirdischen Kanälen zu den Alpen zurück und steige dann „durch den Druck" empor.

Es muß hierbei betont werden, daß X. diese kümmerlichen Antworten nicht etwa simulierte, im Gegenteil war ihm die ganze Prüfung sichtlich unangenehm, er wurde rot und verlegen und suchte bei jeder Gelegenheit mit einigen allgemeinen Phrasen vom Thema abzulenken.

Von sonstigen Eintragungen in die Krankengeschichte sind noch folgende von Interesse:

Pat. betont, daß er stets philosophische Studien getrieben habe, Schopenhauer, Kant, Haeckel usw. Er sei stets ein Zweifler gewesen und habe das Bedürfnis gehabt, „alles zu ergründen".

Pat. erklärt im Gespräch, er habe vollkommen die Bildung eines Abiturienten. Damit begründet er in einer seiner obigen Argumentation entsprechenden Weise die Berechtigung, Mitglied einer Studentenverbindung gewesen zu sein.

Pat. schreibt in einem Brief an einen Gläubiger: „Sie selbst wissen doch, daß ich ein genialer Debatteur war". In einem anderen Brief: „Durch irgend welche Intrigien (sic), von denen ich noch nicht weiß, woher sie stammen, hat man mich hier nach Dalldorf, in das Beobachtungsinstitut gebracht, ... das ganze Leben ist nicht lebenswert, aber für meine Ideale werde ich kämpfen bis aufs Messer."



Pat. droht . . . . . mit Selbstmord, für den Fall, daß er ins Gefängnis oder in die Irrenanstalt gesteckt würde. (Unterdrückt weinend:) „Der preußische Staat hat mir nichts als Kummer bereitet, hier erkennt man mich ja nicht an, das ist ja ein alter Satz, daß der Prophet nichts in seinem Vaterlande gilt." Pat. hofft, daß er nach Verbüßung der Strafe eine staatliche Stellung bekommt, und daß er auf Grund seiner Schriften mit der Einrichtung des Hypnotisier-Institutes (s. unten) betraut wird. Der erste Schritt wäre dann der, daß er vom Staate bei einer angesehenen Zeitung, z. B. bei der „Vossischen", angestellt würde.

X. bringt alle diese grotesken Ideen mit absolutem Ernst hervor und hat auf jeden Einwand ein Gegenargument. Z. B. (Wieso soll der Staat bei der „Voß" Leute anstellen?) „Ja, wenn das im Interesse des Staates geschieht, dann wird das so vermittelt. Die „Voß" arbeitet doch nur im Interesse des Staates."

(Sie sind doch mehrfach vorbestraft?) „Man wird dann einsehen, daß meine Strafen unberechtigt waren. Napoleon war auch in Haft!"

Weiß heute um etwa 11 Uhr vormittags nicht mehr, daß der Arzt heute morgen etwa 9 Uhr bei ihm gewesen sei und Anordnungen getroffen habe. Behauptet auf Vorhalt steif und fest, das sei gestern gewesen.

Schreibt unaufhörlich Briefe, Novellen, „Beobachtungen", „Anschlußmitteilungen" usw.; droht öfter mit Suizid, spricht häufig von Intriguen gegen ihn. „Man will mich unschädlich machen, irgend etwas muß im Gange sein, das ist ganz klar — vielleicht von Marthas Seite."

(Auf weitere provokatorische Fragen:) „Das ist der Staat — — ganz einfach! Meine Ideen sind vielleicht dem Staat unbequem. Leute, die in den unteren Stellungen sind, wollen mich unterdrücken, da sie sonst aus ihren Stellungen herausgedrängt werden könnten." Wenn er in Preußen nicht durchdringe, werde er sich nach Frankreich wenden.

Bei der Leibesvisitation, die vor seiner Rückführung in die Untersuchungshaft vorgenommen wurde, fand sich bei ihm eine scharfe Porzellanscherbe in der Hand verborgen, sowie ein Stückchen geschliffenen Stahls lose in der Tasche.

Neben den Ergebnissen der direkten, mündlichen Exploration sind nun X.s schriftliche Produktionen ganz besonderer Beachtung wert. Schon während der Untersuchungshaft beweist er eine hervorragende Schreibfreudigkeit, von der hier ein paar Proben folgen mögen:

So schreibt er aus dem Untersuchungsgefängnis am 23. X. 10 an das Gericht, daß er nie die Absicht gehabt habe, jemanden zu schädigen. Wenn er sich als Referendar, Dr. med. und dgl. ausgegeben habe, so stecke ein ganz andrer Grund dahinter. Sein Ideal sei stets „ein höherer Beamtenberuf" gewesen. „Um nun wenigstens minutenlang in meinem Ideale zu leben, um nicht so proletenhaft behandelt zu werden, darum gab ich den Leuten alles dies an. Mein innigster Wunsch war, beim Gericht oder der Kriminalpolizei anzukommen. Es ist so interessant,



ein Protokoll aufzunehmen. (!) Daher bin ich öfter einmal zu jemand gegangen und habe ein Protokoll aufgenommen, ob dieser oder jene beschäftigt sei, ohne jede weitere Absicht. Alles dies wäre vielleicht nicht so gekommen, wenn mich das Schicksal nicht mit seiner mächtigen Hand so gepackt hätte. — Vor einigen Jahren lernte ich ein Mädchen kennen, für die ich alles geopfert hätte und habe. Es war im Jahre 1906. Ich, der noch nie vorbestraft war, ich, dessen Eltern und ganze Familie bis auf den heutigen Tag nie mit dem Gericht zu tun hatten, ich, dessen Vater im Besitze vieler Orden ist und auch beim Gericht als Schöffe gewählt war, ... ich wurde damals das erste Mal bestraft, wer war der treibende Punkt . . . . sie, deren Namen jedoch nie vor Gericht über meine Lippen kam. — Wer von meinen Herren Richtern sie sehen würde, der würde mir eher verzeihen. — Wer diese geliebten blauen Augen sah, denen man nichts abschlagen konnte, der würde mich eher verstehen. — Und dann kam die schreckliche Eifersucht. — Sie hinterging mich mit einem Offizier, so mußte ich annehmen. Und wie im Rausche, um mich zu betäuben, beging ich Sachen, die ich nachher bitter büßen mußte.

Wer begreift ein von Qualen bitterster Eifersucht heimgesuchtes Herz? — Und ich wurde bestraft und kehrte heim zu meinen Eltern, zu meiner geliebten Mutter, die nun alles tat, um mir das Vergangene vergessen zu machen. — Ich aber hatte vor mir selbst Angst, das (sic) es mich wieder packen könnte, wenn ich durch die Straßen ging, in denen ich mit ihr so glücklich und doch auch so unglücklich war . . .

Und es geschah wie ich ahnte, ich sah sie im Besitze eines andern. Ich war wie betäubt, und dann malte ich mir wieder aus, wie der andere sie besitzen würde, und ich raste wie wahnsinnig durch die Straßen, nur Betäubung, nur nicht daran denken, und nun . . . . . bin ich hier im Gefängnis." Wenige Tage später ruft er in einem anderen Briefe an dieselbe Adresse aus: „Ich konnte mir die herzinnige Liebe zu dem Mädchen nicht aus dem Herzen reißen, ha, wer einmal dieses liebe Gesicht gesehen hatt (sic), der wird mich verstehen können . . . Ha, wie hatte ich mich darauf gefreut, das (sic) ich nun zum Regiment nach Thorn kommen sollte, alles wäre gut gemacht worden, wenn die Leute noch einige Zeit gewartet hätten, doch man läßt mich Armen schuldig werden, dann übergibt man mich der Pein, doch jede Schuld rächt sich auf Erden."

Und am Schlusse eines damals angefertigten Lebenslaufes schreibt er wehmütig: „Die Liebe ist meine Sünde . . . Es ist schwer mein Herz zu verstehen. — Ich liebte so glühend, so durchdrungen von allem Guten und Schönen, in jedem Liede, was ich auf der Violine spielte, lag ein Stück meiner Liebe, — alles Schlechte ist und war mir widerwärtig und niemals habe ich Schlechtes gewollt. Das Schicksal hat alles so gewollt. — Zwar hat mir ein Wahrsager ein gutes



Jahrende prophezeit, doch es kam anders. — Ich habe nun an den Kaiser geschrieben, und gebeten, das (sic) er dem Gericht (Landgericht II) befiehlt, daß ich nicht wieder in Strafschaft komme, sondern zu meinem Regiment nach Thorn. Und wie verzweifelt bin ich über mein zerstörtes Glück, danach fragt keiner.

Noch einmal, du erste Liebe,
Kehr einen Augenblick
In mein verbranntes Herze
Mit deiner Jugend zurück.
Dies ist mein Schicksal."

X. entfaltete nun auch in der Anstalt eine geradezu fabelhafte, im Verlauf der Beobachtung immer mehr sich steigernde schriftliche Produktivität. Zu den einfachsten Mitteilungen an den Arzt oder Oberpfleger, die sich ohne weiteres hätten mündlich erledigen lassen, verfaßt er förmliche Eingaben, wie z. B. die vom 15. I. 11 an den Oberpfleger: „Sehr geehrter Herr! Hierdurch ersuche ich ergebenst, mir zum Tragen im Zimmer eine Litewka (neu) zu gestatten, wie sie die Leute im Garten tragen, da sie

ad 1. wärmer ist,

ad 2. die andern Sachen doch zu proletenhaft aussehen."

X. wurde nun von mir angeregt, seine Mitkranken zu beobachten und diese Beobachtungen zu Papier zu bringen. Er ging mit freudigster Bereitwilligkeit auf diese Anregung ein und lieferte mir u. a. folgende „Krankengeschichten":

„Name: Bruno. Alter: ca. 42 Jahre. Gesichtsfarbe: veränderlich. Benehmen: auffällig. Diagnose: Nachts Anfälle von Verfolgungswahnsinn. Glaubt mit Majestät zu sprechen und meint, seine Familie wäre erschossen. — Dies deutet auf Paralyse, da jedoch dieser Zustand fortdauernd, muß angenommen werden, daß B. an Idiosynkrasie erkrankt ist. — Das Wesen des B. deutet auf den Kampf der contrairen Mächte hin, sein Körper war nicht imstande, bei Zeiten, d. h. im Moment des Glückes, die Quintessenz eines schnellen Todes zu ziehen. Er ist der Macht II unterlegen. Die stieren Augen lassen auf einen baldigen Tod schließen. B. ist unheilbar und muß ständig in einer Anstalt bleiben." (Es handelte sich um eine Alkoholparanoia, die inzwischen längst entlassen ist.)

„Name: Neumann, Hermann. Alter: ca. 40 Jahre. Gesichtsfarbe: Krankhaft. Benehmen: Eigenartig. Diagnose: N. ist nach seinem Benehmen ein Prolet. Leidet an Idiosynkrasie. Spricht manchmal ganz vernünftig, ist aber mindestens nervös überreizt. Heilung ist durch kalte Brausen etc. möglich. Er läuft hin und her in Gedanken. Auch hier gewisse Anzeichen der contr. Macht II. Nähere Beobachtung unmöglich, da Pat. fortgekommen ist." (N. war ein potator maxime strenuus.)

„Name: Schermer, Wilhelm. Alter: 50—54 Jahre. Gesichtsfarbe: Rot. Benehmen: Komisch proletenhaft, manchmal still. Diagnose:



Paralyse verbunden mit schwerer Idiosynkraisie. Spricht brockenweise. Leicht erregbarer 9. (?) Nervenzustand. Weiteres vorbehalten.“ (S. litt an motorischer Aphasie.)

„Welche Quintessenz ziehe ich aus den beigefügten Gutachten für die philosophischen Betrachtungen meines Werkes? Was der Mensch als geisteskrank bezeichnet, ist in Wirklichkeit keine „Krankheit des Geistes“. — Nach Vollendung meines Gesamtwerkes wird dies und vieles Andere der gesamten Ärztewelt klar werden. — Es handelt sich in Tatsache eigentlich um Folgendes: Die beiden Mächte, nämlich die schaffende und die zerstörende, stehen sich auch im Leben des Menschen gegenüber. — Der Kampf dieser Mächte zeitigt im Menschen einen eigentümlichen Zustand, den man als Idiosynkrasie, aber im erschwerenden Falle als Paralyse bezeichnet. — Gegen diese Mächte ist nicht anzukämpfen, es gibt nur den einen Ausweg, den Tod. Die angewandten Hilfsmittel können Linderung, niemals Heilung bringen, daher sollten dort, wo die contraire Macht bereits zu weit wirkte, dem Menschen durch die Ärzte der Tod gegeben werden.“

An der Spitze des kraftvollen Namenszuges, mit dem diese Abhandlungen unterschrieben waren, stand häufig ein unleserlicher Schnörkel, der unverkennbar das ärztliche Dr.-Zeichen nachahmen sollte.

Schriftstücke dieser Art hat X. wie gesagt, zu vielen Dutzenden angefertigt. Aus der Schar aller dieser „Novellen“, Abhandlungen, Gesuche usw. sei nur noch folgender Aufsatz angeführt, der sich betitelt: „Die Errichtung der Hypnose-Suggestions-Anstalt. Denkschrift für den Staat Preußen.“ In mehreren Kapiteln legt X. dar, daß zur Erhöhung der allgemeinen Glückseligkeit ein staatliches Institut gegründet werden müsse, in welchem den Menschen in der Hypnose die Erfüllung aller ihrer Wünsche vorgespiegelt werden solle. „Es muß ein großes Institut eröffnet werden, wo sich der Mensch von Zeit zu Zeit suggieren (sic) lassen muß. Die Leute müssen gesetzlich dazu gezwungen werden. Dadurch hörte alle Unzufriedenheit auf, und es gäbe nur Glückfühlige.“ X. skizziert nun in einem höchst ergötzlichen Grundriß, wie er sich die Einrichtung dieses Institutes, ferner „die Wirkung des Lichtes“ und endlich „die Wirkung des Auges“ denkt. Er gibt dann folgende Erläuterung dazu:

„ad 1. ist das Schema des zu erbauenden Hypnose-Suggestions-Hauses. Dieses muß fest aus Sandstein gebaut werden, und nur die in der Zeichnung angeführten Fenster dürfen sich darin befinden. Das Haus muß einen großen und einen kleinen Vorraum für geheime Zwecke haben. Das Hauptportal führt zum Vorraum I. Dasselbe muß durch einen großen Eingang verschlossen werden (!), welcher mit zwei eisernen Türen versehen ist. Vor dem Tor müssen zwei kommandierte Posten von einem Garderegiment stehen. Auch hinter dem Tore müssen im Vorraum auf jeder Seite sechs Mann stehen, damit das Suggestions-Geheimnis bewahrt



wird. Erbauer und Eigentümer ist der Staat, der auch das Personal stellt. Es muß eine stille Straße gewählt werden, um jede Störung zu vermeiden. Der Vorraum wird mit weißen Kacheln belegt, auch die Wände. Die Temperatur muß immer kühl sein. Einige Karaffen Wasser (magnetisiert) dürfen zur Erfrischung des Mediums dienen. Der Raum ist nur mit einem Fenster versehen, das andere ist verkleidet, mal wird dies, einmal das andere Fenster benützt, aber immer nur eines. Die Aussicht auf den Hof vom Fenster aus ist die Hauptsache. Der eine Hof soll den Eindruck eines deutschen Waldes machen, monoton. Der andere soll aber eine nordische Felsen-Grotten-Landschaft darstellen, rötlich beleuchtet, erhaben ideal, seelenzerschmetternd. Der zweite Vorraum ist ohne jedes Fenster, daran schließen sich zwei geheime Präparations-Räume, der zweite Vorraum ist dunkel und mit rotem Samt ausgeschlagen. Durch einen dicken Vorhang vom Suggier-Raum getrennt. Es darf immer nur ein Medium diesen Raum betreten und muß dort 28 Minuten verweilen. Der eigentliche Suggier-Raum besteht aus Glaswändentäflung. Rotes, blaues, grünes Glas. Der Fußboden ist Marmor mit dicken Teppichen belegt. Alles muß in diesem Raum angenehm sein. Die Temperatur muß 30° Cls. betragen. Vor dem Fenster-Vistebul (!) befindet sich der grünseidene Vorhang. Rechts steht eine Brause, die durch ewiges Rauschen an die einsamen Gesänge eines süßen, idyllischen Gebirgsbaches erinnert. Links steht hinter einem Vorhang ein schöner Flügel, wo jemand (hier würde auch Verfasser dieses Buches sehr dazu geeignet sein) eine ganz gedämpfte, leise und langsam verhallende, tragisch traurige Melodie spielen muß, die zur Seele spricht. Im Raum selbst befinden sich zwei Sessel (I und II). Der Suggeur den am Fenster.

Die Mediums-Behandlung.

Der Mensch wird vom Staat gezwungen mit allen Zwangsmitteln, sich suggieren zu lassen. Er tritt in den ersten Vorraum von der Straße aus. Kommt er gutwillig, so wird am Posten vorne seine Quittungskarte geknipst. (Das von X. hierfür entworfene Modell ist etwa in der Art eines Rasierabonnements gehalten.) Anbei ein Muster. Unpünktlichkeiten werden gerächt. Er tritt nun in den Empfangsraum No. 1 morgens um 9 Uhr an. Er muß sich nun hinsetzen. Er darf sich nicht beschäftigen. Seine Gedanken müssen sich mit Nichts beschäftigen. Jetzt kommt er in den Geheimraum und der Suggeur spricht zwölf Worte mit ihm. Nun kommt er in den Vorraum II. Hier verbleibt er genau 28 Minuten, damit der Kampf der Macht I und Macht II sich in ihm beruhigt. Nun kommt er in den Hypnotisier-Raum. Er setzt sich auf den Stuhl. Sofort fängt ganz ganz ferne die Musik an zu spielen, eine süße, geliebte, herzergreifend tragische Melodie. Jetzt beginnt der Gebirgsbach zu plätschern und zu rauschen. (Ein versteckter Diener muß pünktlich die Brause aufdrehen.) Jetzt tritt der Suggeur ins Werk. Er schleicht hinter das Medium, und mag-



netisiert es. Nun tritt er nach vorn. Die Musik wird etwas wilder, das Rauschen des Baches (Brause mehr aufdrehen) wird stärker, es beginnt . . . . . . die Hypnose. — Menschenherz zittere vor der geweihten Kraft, die durch die Macht I dir verliehen wurde. Es kommt nun ganz auf das Medium an, welche Art man anwenden muß. Es muß in zehn Minuten schlafen, — und nun kommen die Einflüsse des Suggeurs, die Geheimnis sind. — Langsam läßt die Musik und das Rauschen nach, ganz ganz gedehnt hallen die Töne aus. . . . . . um dann plötzlich einen rasenden Galopp anzuschlagen, wovon das Medium langsam erwachen muß. — Dies ist das Programm pro Person. Jeder hat vorn beim Posten Mark drei zu bezahlen. . . . . Das Personal der Anstalt muß ein vorzügliches sein, insbesondere das des Suggeurs. Auch müssen Detektive angestellt werden, die das Leben des Menschen beobachten. . . . . Der erste Suggeur muß monatlich mindestens 500 Mark Gehalt bekommen."

Mit einer längeren Erörterung der Frage, ob es möglich sei, daß ein Weib ohne Geschlechtsverkehr nur durch Suggestion schwanger werden kann (einer Frage, die er ausdrücklich bejaht), schließt X. seine tiefgründige Abhandlung. —

Gutachten: Eine Beurteilung der psychischen Eigenart X.s geschieht zweckmäßig nach drei Seiten hin. Es sind zu berücksichtigen 1. die Voraussetzungen, aus denen sich sein psychischer Organismus entwickelt hat, also die Gesamtheit der ererbten und erworbenen Einflüsse. 2. Seine ethische und intellektuelle Befähigung, so wie sie dem vorurteillosen Beobachter erscheint. 3. Die Auffassung und Vorstellung, die X. selbst von seinen Qualitäten hat, und die Handlungsweise, die sich aus dieser seiner Auffassung ergibt.

Ad 1. Wir hatten bereits eingangs gesehen, daß X. aus einer belasteten Familie stammt, daß eine ganze Reihe seiner Angehörigen Symptome nervöser und geistiger Erkrankung aufweist. Zu diesem Erbschaden gesellt sich nun aber ferner ein sehr bedeutsamer Schädlichkeitsfaktor des extrauterinen Lebens, der dem X. von Jugend auf anerzogene Alkoholmißbrauch.

Er, dessen Vater Weinhändler ist, der sofort beim Eintritt in das Leben mit einer eigenartigen alkoholistischen Zeremonie begrüßt wird, der sozusagen unter Wein- und Kognakflaschen aufwächst und später in Frankreich weiterhin zum Alkoholgenuß erzogen wird, er muß schon in jungen Jahren dem Alkoholismus verfallen. Es ist, als habe er nie etwas von den Gefahren dieses Lasters gehört. Mit naiver Selbstverständlichkeit gibt er zu, daß er seit Bordeaux meist des Morgens ein kleines Weinglas voll französischen Kognaks getrunken habe, in Frankreich auch viel Absynth, daß er sich in den Morgenkaffee ein Gläschen Kognak zu gießen pflege. Das brauche man unbedingt, erst dann seien die Gedanken so recht klar und lebendig.



Es handelt sich also um ein vom Keim an minderwertiges Nervensystem, das im Verlauf des Lebens nicht nur nicht die erforderliche Schonung und sachverständige Pflege findet, sondern im Gegenteil noch unter den verderblichen Einfluß des Alkohols gerät.

Ad 2. Die psychische Befähigung paßt nun durchaus zu den angegebenen Momenten. Der Angekl. zeigt von Kindheit an zahlreiche Merkmale pathologischer Wesensart. Seine Aufgeregtheit, seine Zerstörungsucht, die sich manchmal zu wahren Wutanfällen mit Zähnefletschen und sinnloser Erregung gesteigert zu haben scheint, die auffällige Neigung mit dem Feuer zu spielen, alles dies sind Symptome, wie wir sie bei pathologischen Kindern sehr häufig antreffen.

Während nun zunächst — wie es im kindlichen Alter begreiflich ist — das Abnorme besonders auf dem Gebiete gefühlsmäßiger Reaktionen zutage tritt, zeigen sich mit fortschreitender Entwicklung alsbald auch in intellektueller Beziehung deutliche Störungen. Die ersten Schulanforderungen werden noch — wie so häufig in derartigen Fällen — im ganzen erfüllt. Sobald jedoch diese Anforderungen nur einen geringen Höhegrad erreicht haben, tritt der Defekt in voller Deutlichkeit zutage. X., der in die kritische Periode der Pubertät eintritt, besitzt weder Intelligenz noch Energie genug, um sich weiter zu bringen, und verläßt schließlich mit 15 Jahren die Quarta einer höheren Bürgerschule.

Dem Anfang aber entspricht der Fortgang. Wir sehen in seiner Entwicklung nirgends einen vernünftigen Plan, ein seinen gesamten Lebensumständen angemessenes, erreichbares Ziel, nirgends ein ernsthaftes, dauerndes Streben, in einer ordentlichen Berufstätigkeit Tüchtiges zu leisten; statt dessen vielmehr ein völlig ziel- und planloses Herumprobieren, ein absurdes und phantastisches Dilettieren auf allen möglichen Gebieten, von deren Ausdehnung und Bedeutung X. keine Ahnung hat, ein Anfangen ohne Fortsetzung, ein Aufhören, noch ehe ein rechter Anfang gemacht war.

Freilich läßt er es nicht an Versuchen fehlen, sich selbständig zu machen und Geld zu erwerben, allein, er bringt es nicht über sich, in einer seinem Alter und seiner mangelhaften Vorbildung entsprechenden Stellung anzufangen, mit dem Vorsatz, sich später einmal emporzuarbeiten. Dergleichen ist ihm zu „geisttötend“, zu „proletenhaft“. „Er, der von Adel war, wenn auch indirekt, er, in dessen Adern blaues Blut fließt, sollte sich in die proletenhafte Rolle eines Angestellten fügen.“ . . . . So schreibt er in seiner „Autobiographie“. Und damit komme ich zum dritten der oben skizzierten Punkte, zu seiner eigenen Auffassung seiner Gaben und Fähigkeiten.

Ad 3. Für X.s geistige Physiognomie ist nun dies charakteristisch: Die Dürftigkeit der intellektuellen und moralischen Veranlagung und die dazu im schreienden Gegensatz stehende, durchaus pathologisch zu deutende Selbsteinschätzung, der naive Dünkel, der zuweilen eine geradezu groteske



und lächerliche Höhe erreicht. So erzählt er in seinem Lebenslauf von seiner Geburt und weiteren Entwicklung in folgenden Worten: „Ein Knäblein erblickte das Licht der Welt, der Vater weiß, daß der Knabe ein großer Geist, ein Genie wird . . . ein Genius gießt einen großen Geist in ihm aus . . . . . er, der für alles Edle und Gute empfänglich war, der die Musik und sein Studium, sowie den Verkehr mit durchgeistigten Menschen über alles liebte, der das Menschenstudium betrieb und Philosophie, Medizin, juris-Studien (!) machte, er sollte sich dazu hingeben Angestellter zu sein."

Dieser Mensch, der Preußen für ein Kaiserreich und die Schneekoppe für das höchste Gebirge in Europa hält, erklärt völlig ernsthaft, er habe ja vollkommen die Bildung eines Abiturienten. Er, der von Kindheit an seinen Eltern nur Kummer gemacht hat, der bisher überall versagt hat, der im Alter von 23 Jahren bereits mit mehreren empfindlichen Strafen belegt ist, er hält sich für ein Genie, einen Geisteshelden, einen begnadeten Musiker, vergleicht sein Schicksal mit dem Napoleons und verlangt staatliche Anstellung und Unterstützung.

Erst aus dieser Selbsteinschätzung heraus finden seine Handlungen ihre volle psychologische Erklärung und damit die ihnen gebührende Beurteilung.

In X. vereinigt sich eine hochgradige angeborene Geistes- und Urteilschwäche mit einer krankhaften Stärke des Phantasielebens. Seine Mutter gab mir folgende sehr glaubwürdige Schilderung: „Er fühlt sich gar nicht schuldig, fühlt sich nicht ausgestoßen, rechnet sich vollständig zur Familie wie ein guter Sohn, schämt sich nicht im geringsten, wenn Besuch kommt und bei ähnlichen Gelegenheiten." Dem entsprach sein Verhalten während der Beobachtungszeit vollständig. Mit keiner Regung zeigte er ein Bewußtsein seiner Situation, eine Empfindung für das Bedenkliche seiner Handlungen, eine Verlegenheit oder gar Scham bei Durchnahme seines bisherigen verfehlten Lebens. Er vergaß vollkommen Veranlassung und Art seines augenblicklichen Aufenthaltes und lebte auch hier in einer Welt der Phantastik und Romantik, in der ihm selbst eine außerordentliche und entscheidende Rolle zufällt. Dafür ist folgendes Schreiben höchst charakteristisch: „Anschluß-Mitteilung in der Beobachtungsache Schneider, Emil. Der Pat. Schneider stößt Drohungen des Mordes und des Totschlags gegen die Ärzte aus und schimpft proletenhaft. Diese Mitteilung ist als geheime zu betrachten. Es müssen zur Sicherung der Ärzte besondere Vorsichts-Maßregeln getroffen werden. Beobachter X."

Wie man sieht, hat er vollständig vergessen, daß er selbst als Beobachtungskranker hier ist, er fühlt sich vielmehr auf einem verantwortungvollen Posten, als eine Art Vertrauensperson, deren bedeutsame Mitwirkung die Ärzte nicht entbehren können. Dabei handelte es sich um einen Kranken im letzten Verblödungstadium der Dementia praecox, dessen völlig sinnlose Bemerkungen den übrigen Pat. Spaß machten.



An diesem Beispiel erkennen wir neben der Nebenwertigkeit des X.schen Phantasielebens zugleich auch dessen Inhalt. Das Unheimliche, Mystische, Übernatürliche zieht ihn an. Das, was der Laie „so interessant" zu nennen pflegt. Deshalb ist es sein Ideal, Detektiv zu werden, deshalb seine Vorliebe für das „Menschenstudium", für Hypnose und Suggestion, die sich zu der grotesken Idee einer staatlichen Zwangshypnotisieranstalt versteigt. Daher auch sein unklarer Drang, „alles zu ergründen", und sein Kokettieren mit Wissenschaft und Philosophie.

Und dieser von Jugend auf haltlose und pathologische Mensch gerät nun unter den Einfluß einer objektiv kindischen, subjektiv dagegen sicherlich ehrlichen und tiefgehenden Leidenschaft. Wenn der Gesunde in solchem Zustande sich häufig an der Grenze des Normalen bewegt, so ist es klar, daß ein Mensch wie X. durch diesen Affekt vollends aus dem seelischen Gleichgewicht kommen mußte.

So klar das Seelenleben des Ang. vor Augen liegt, so schwierig ist es, dasselbe mit einem kurzen diagnostischen Schlagwort zu kennzeichnen.

X. gehört in die große Gruppe der „M i n d e r w e r t i g e n". Zunächst weist die Untersuchung das Vorhandensein eines erheblichen angeborenen oder jedenfalls sehr frühzeitig erworbenen Intelligenzdefektes nach. Neben diesem lassen sich nun noch eine Reihe mehr oder weniger charakteristischer Einzelzüge erkennen. X. zeigt deutliche manische Symptome, trotz seines äußerlich geordneten Verhaltens. Ich finde dieselbe in seiner Ruhelosigkeit, seinem rastlosen Betätigungstriebe, wie er sich in den unaufhörlichen, meist von Größenideen zeugenden Streichen der letzten Jahre äußert, und vor allem in der Quantität und Qualität seiner schriftlichen Produktionen.

Ferner finden sich deutliche hysterische Stigmata. Zu ihnen gehört das bereits oben geschilderte Überwiegen des Phantasielebens, die Eitelkeit und Selbstbeweihräucherung, mit der er sich in seinen Träumen stets in möglichst erhabene und bedeutungvolle Posen und Situationen versetzt, dahin gehört ferner die Suggestibilität, die sich darin ausspricht, daß X. durch mein scheinbares Eingehen auf seine Gedanken zu einer immer maßloseren Ausgestaltung seines Traumlebens veranlaßt wird, die abnormen Erinnerungslücken, die bei ihm [illegible] und den Gedanken an pathologische Bewustseinszustände [illegible] (Tagträumen), und endlich nicht zum wenigsten die Anomalien der Sensibilität. Nur kurz sei noch auf ein Symptom hingewiesen, das er in seinen Briefen mehrfach zeigt, nämlich eine Neigung

zu seltsamen Wortneubildungen. So spricht er einmal von der „Insichglücksbefähigung“, ein anderes Mal von der „dishironisch-kalostischen Lebensqual“, dann wieder von der Nacht des „marvisierenden Winters“. X. weigerte sich, letzteres Wort zu erläutern; es gehöre zu einer Sprache, die er jetzt ausbilde zur ausschließlichen Verständigung zwischen Hypnotiseur und Medium. Z. T. stammen diese Bildungen wohl aus mystisch-spiritistischen Schriften, z. T. aber erinnern sie doch auch an die Silbenkombination, wie man sie bei der Dementia praecox findet.

Es war unverkennbar, daß X. im Verlaufe der sechs Beobachtungswochen kränker wurde. Er lebte sich immer mehr in die Rolle des verkannten Genies und Menschheitbeglückers hinein, er begann dann von „Intrigien“ zu sprechen, und es bedurfte nur einer kleinen exploratorischen Provokation, um ihn zu weiterer Ausarbeitung dieses paranoiden Systems zu bringen. Zunächst denkt er noch für einen Augenblick an seine frühere Braut, dann aber geht er ins Allgemeine: der Staat ist es, der ihn nicht aufkommen lassen will, die unteren Beamten fürchten für ihre Stellungen, deshalb muß er zum Schweigen gebracht werden. Freilich handelt es sich hier nicht um das unerschütterlich eingewurzelte Wahnsystem eines Paranoikers. Immerhin aber ist es bedeutsam und steht im Einklang mit unseren sonstigen Erfahrungen, wie wenig bei X. zu einem akuten psychotischen Aufflammen des bei ihm vorliegenden geistigen Grundübels gehört.

Nach alledem ergibt sich folgende ärztliche Beurteilung des Angekl. und seiner Handlungen: X. leidet an einem hochgradigen Defekt auf ethischem und intellektuellem Gebiet, verbunden mit einem krankhaft gesteigerten Trieb- und Phantasieleben. Dieser Zustand macht ihn unfähig, die Tragweite seiner Handlungen wie ein Normaler zu übersehen, beraubt ihn auch der physiologischen „Hemmungen“, mit denen ein gesunder Intellekt Versuchungen zu widerstehen vermag. Er hat sich bisher trotz empfindlicher Strafen als völlig unverbesserlich erwiesen, und seine Mutter erklärte mir gegenüber, als von seiner eventuellen Entlassung die Rede war, „da vergehen keine drei Tage, dann macht er wieder irgendeinen Unsinn“.

Seine Strafhandlungen zeigen bei genauer Betrachtung dieselben Charaktere, auf die wir bei der Analyse seines Seelenlebens stießen: es fehlt ihnen eine normalpsychologische Motivierung, denn X. wird

von seinen Eltern völlig ausreichend unterstützt, und andererseits sind sie — eine Notlage X.s vorausgesetzt — zwecklos, denn die erschwindelten Vermögensvorteile sind so gering, daß von einem wirklichen Nutzen nicht gut die Rede sein kann. Sie werden mit so läppischem Ungeschick ausgeführt — X. gibt sich zwar meist einen faschen Titel und Namen, nennt aber seine richtige Adresse —, daß die Entdeckung alsbald auf dem Fuße folgt. Sie zeigen endlich den Einfluß seines krankhaften Phantasielebens, wie er besonders im Falle S. zutage tritt, wo X. keinerlei bösartige Absichten hegt, sondern sich damit begnügt, sich als Referendar auszugeben und mit dem verblüfften Geschäftsmann ein „Protokoll aufzunehmen".

Zusammenfassend äußerte sich das Gutachten dahin, daß X. mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zur Zeit der Tat geisteskrank im Sinne des § 51 StGB. gewesen sei. Das Gericht erkannte dementsprechend auf Freisprechung, überwies jedoch den Angekl. als gemeingefährlich einer Irrenanstalt.



Königliche Landesanstalt für bildungunfähige Kinder zu Groß-Hennersdorf i. Sa.

Von

Anstaltsvorstand Oberarzt Dr. **Meltzer**.

Die Landesanstalt liegt inmitten des etwa 1300 Einwohner zählenden Marktfleckens Großhennersdorf, 6 km entfernt von der nächsten Bahnstation Herrnhut der Strecke Löbau—Oberoderwitz in der sächsischen Ostlausitz. Die Gegend hat einen rein ländlichen Charakter, die Bevölkerung treibt meist Landwirtschaft und vereinzelt auch Hausweberei.

Im Jahre 1721 war durch eine Besitzerin des Rittergutes und Schlosses Großhennersdorf, Freiin Sophie v. Gersdorf, Großmutter des durch die Gründung der benachbarten Herrnhuter Brüdergemeine bekannt gewordenen Grafen Zinzendorf, eine „Armen- und Waisenhausstiftung zu Nutz und Frommen der Hennersdorfer Inwohner und insonderheit der aufwachsenden Jugend und daneben zum Besten des gemeinen Wesens" eingesetzt worden. Soweit sich aus den spärlichen Nachrichten aus jener Zeit ergibt, rentierte sich die Stiftung für den kleinen Ort viel zu wenig; die Rittergutsherrschaft mußte sie daher immer wieder finanziell stützen. Da die letztere nun immer mehr Beziehungen zur Herrnhuter Brudergemeine gewann, so wurde die Stiftung ihren Zwecken mit dienstbar gemacht, um ihr auf diese Weise Einnahmen zu verschaffen. Die Anstaltsgebäude, die wiederholt Um- und Neubauten erlebten, wurden damals teils zu Asyls-, teils zu Erziehungszwecken verwendet. In den 30er Jahren vorigen Jahrhunderts ließen sich aber auch diese Institute nur mit Mühe und Kosten aufrecht erhalten; die Herrnhuter Unitätsdirektion beschloß daher ihre Auflösung. Da sich gerade damals im Lande die Notwendigkeit eines Landwaisenhauses fühlbar machte, so übernahm die Kgl. Sächs. Staatsregierung im Jahre 1838 die ehemaligen Stiftsgebäude aus den Händen der Herrnhuter Schwester Gräfin Charlotte v. Einsiedel unter der Bedingung, sie zu irgendeinem staatlichen Zweck zu verwenden, andernfalls sie an die Gutsherrschaft, die seit 1841 auch nominell immer die Herrnhuter Brudergemeine gewesen ist, zurückfallen sollte. — Die



Nutzung der Stiftungskapitalien verblieb der Gemeinde Großhennersdorf für Kirchen- und Schulzwecke.

Aus dem staatlichen Landwaisenhaus wurde später eine Besserungsanstalt für verwahrloste Knaben und im Jahre 1889 eine Erziehungsanstalt für schwachsinnige Knaben, die im Jahre 1905 mit der analogen Anstalt für schwachsinnige Mädchen in Nossen und den sächsischen Blindenanstalten in der Landeserziehungsanstalt für Blinde und Schwachsinnige zu Chemnitz-Altendorf vereinigt wurde.

Aus der Geschichte der ehemaligen Hennersdorfer Erziehungsanstalt für schwachs. Knaben (über deren Organisation s. *Meltzer*, „Die staatliche Schwachsinnigenfürsorge im Kgr. Sachsen". Allg. Ztschr. f. Psych. 1903, und Päd. Studien, Bleyl u. Kämmerer, Dresden, 1904) ist wegen der nachfolgenden Entwicklung der sächsischen Schwachsinnigenfürsorge von Wichtigkeit, daß schon damals die wohl durch die pädagogische Leitung beeinflußte Tendenz bestand, die bildungunfähigen Elemente von den bildungfähigen zu trennen. Sie wurde dadurch besonders nahegelegt, daß erstens ein Zusammenleben der ersteren mit den letzteren in einem blockartig gebauten Anstaltsgebäude manche Nachteile mit sich bringen mußte, und daß zweitens wohl gerade damals, als Folge des Aufschwungs der Heilpädagogik am Ende des Jahrhunderts, der Andrang der Aufzunehmenden ein größerer wurde, so daß bald der Platz in der Anstalt nicht mehr genügte. Es wurden daher jene bildungunfähigen Elemente, die nur der Pflege bedurften, die auch in hohem Maße Morbidität und Mortalität beeinflußten und höchstens noch ein wissenschaftlich-medizinisches Interesse boten, in die große Landesirrenanstalt Hubertusburg wieder abgeschoben. Dort war, wie ja bekannt, als eine der ersten deutschen Anstalten für Schwachsinnige im Jahre 1846 die Abteilung für schwachsinnige Kinder gegründet worden, die bis 1889 bestanden hat. So wurde die ursprüngliche Mutteranstalt der sächs. Schwachsinnigenfürsorge wieder zur Hilfstation für die beiden Tochteranstalten Großhennersdorf und Nossen, und sie blieb es auch nach der Errichtung der gemeinsamen Landeserziehungsanstalt Chemnitz-Altendorf. Denn obgleich dort ein recht umfangreiches Haus für Blöde erbaut worden war, zeigte es sich doch sehr bald, daß dieses wohl genügte, um die allmählich aus dem zugeführten Material als bildungunfähig Ausfallenden zu beherbergen, aber nicht noch jene Hubertusburger Abteilung. Je mehr sich ferner Chemnitz-Altendorf als eine Erziehungsanstalt auswuchs, deren Einrichtungen bildungfähigen Blinden und Schwachsinnigen mehr zugute kommen mußten als bildungunfähigen, je größer endlich der Zugang aus allen Landesteilen in die neue Anstalt wurde, desto weniger konnte noch an eine Vereinigung der beiden Abteilungen gedacht werden. Jene Hubertusburger „Abteilung einstweilig versetzter bildungunfähiger Zöglinge" bestand also bis zur Eröffnung der hiesigen Anstalt am 30. September 1911, an dem ihr Bestand von 36 Knaben und 46 Mädchen hierher überführt wurde.

So erklärt sich aus der geschichtlichen Entwicklung erstens die etwas abseitige Lage hiesiger Anstalt und zweitens die sonst vielleicht Verwunderung erregende Tatsache, daß wir hier in Sachsen eine besondere Anstalt für bildungunfähige neben der Erziehungsanstalt für bildungfähige Schwachsinnige haben. — Dem ursprünglichen Gedanken der Stiftung ist sie bis jetzt treu geblieben, insofern sie wie ehedem teils Asyl-, teils Erziehungszwecken dient, daß sie in sonderheit der Jugend zugute kommt, und daß sie nicht nur den Hennersdorfern Inwohnern einen direkten und auch einen ganz beträchtlichen indirekten Nutzen bringt, sondern auch „dem Besten des gemeinen Wesens", dem Staatswohl dient, da sie alle jene bildungunfähigen Idioten aus dem ganzen Königreich aufnimmt, die für ihre Umgebung besonders störend und gefährlich sind. Um Gesagtes nicht zu wiederholen, kann Verf. hier auf seine Ausführungen in der Rede hinweisen, die bei der Weihe der Anstalt am 5. November gehalten wurde (Ztschr. f. Behdlg. Schwachs. Jg. 32, Nr. 5). Daneben soll sie später, wenn der Ausbau vollendet ist, geisteskranke Kinder, deren gemeinsame Verpflegung mit Erwachsenen in den Heil- und Pflegeanstalten immer gewisse Schwierigkeiten macht, aufnehmen. Die Zahl geisteskranker Kinder, selbst in einem so volkreichen Lande wie Sachsen, ist nicht groß. Es wird daher für diese Art Kinder immer nur eine kleine Abteilung nötig werden, die abseits von dem Hauptgebäude mit dem Krankenhaus verbunden werden wird.

Zu erwähnen bleibt hier noch, daß die hiesige Anstalt genau wie alle anderen sächsichen Landes-Heil- und Pflege-, Erziehungs- und Strafanstalten unter der direkten Verwaltung des Ministeriums des Innern stehen. Diese direkte Unterstellung unter das Ministerium ist ein Beweis dafür, daß die Sächsische Regierung den Anstalten von jeher eine besondere Fürsorge und Bedeutung beigemessen hat. Sie ist auch für die Anstalten von Vorteil, weil der Geschäftsgang rascher ist, und weil in sämtlichen Landesanstalten besser nach einheitlichen Gesichtspunkten verfahren werden dürfte.

War die frühere Landeserziehungsanstalt für schwachs. Kinder ein schmuckloses Gebäude mit plattem Dach, das in der hiesigen lieblichen Berggegend wie ein großer, häßlicher Fremdkörper wirkte und von den meisten für eine Fabrik gehalten werden mußte, so steht jetzt an derselben Stelle ein schmucker Bau, der hauptsächlich durch die schöne



Gliederung des Daches und die Krönung mit einem Uhrturme, der zugleich der Ventilation dient, außerordentlich gefällig anmutet. Alle Tageräume sowie ein Teil der Schlafräume und der Garderoben sind nach Südwest orientiert. Neun von elf Schlafräumen haben an zwei Seiten Fenstern, so daß sie gut durchlüftbar sind und das Sonnenlicht von zwei Seiten hineinfluten kann. Daß ein Teil der Garderoben nach Süden liegt, entspricht nicht nur dem praktischen Zwecke, die Räume einer Abteilung möglichst nebeneinander zu haben, um Lauferei und Personal für die Aufsicht zu ersparen, sondern auch der hygienischen Absicht, diese Räume, die immer eine Brutstätte von Dünsten nach Kleider- und Lederzeug sind, möglichst der reinigenden Wirkung des Sonnenlichtes zugänglich zu machen.

Vier der zentral gelegenen Schlafsäle grenzen direkt an große Veranden, von denen die eine im zweiten Geschoß offen, die andere im ersten Geschoß geschlossen ist. Sie gestatten im Winter und bei ungünstiger Witterung, die Kinder an die frische Luft zu bringen, ohne daß das Schuhwerk naß und schmutzig wird, und sie sollen im Sommer in ausgedehntem Maße zur Lüftung des Lagermateriales benutzt werden. Es mag hier gleich vorweg genommen werden, daß teils aus Sparsamkeits-, teils aus hygienischen Gründen für die Kinder nur Strohsäcke in Gebrauch sind. Ihr Inhalt läßt sich leicht und billig ersetzen und das Überzeug völlig keimfrei machen, wenn Unreinigkeiten irgendwelcher Art herangekommen sind. Die übrigen Lagerungsbestandteile sind Wolldecken und Federkopfkissen, beides in weißem Halbleinen- bzw. Baumwollüberzug, für Unreinliche überdies eine Gummi- und Barchentunterlage. Die letztgenannten Unterlagen werden genügend groß gewählt und bei sehr unreinlichen und unruhigen Kindern mit langen Wollstreifen (Überresten aus in Abgang gekommenen Wolldecken) um den Unterkörper befestigt, so daß für gewöhnlich Bettuch und Strohsack nicht beschmutzt werden. — Matratzen sind für diese Kinder unzweckmäßig und teuer. Dasselbe gilt von den Federkopfkissen, deren Inhalt man allmählich aufbrauchen und mit der Zeit durch Roßhaar ersetzen wird, das zwar teurer im Ankauf, aber besser rein zu halten, gut zu desinfizieren, unverwüstlich und die beste Kopflagerung ist, die es überhaupt gibt. Als Bettstatt werden hölzerne Bettstellen verwendet, die aus der früheren Anstalt noch in reichlicher Anzahl und guter Beschaffenheit vorrätig waren. Obgleich man als Arzt wohl immer mehr Freund der eisernen Bettstellen sein wird, so haben jene, besonders wenn die Seitenteile hoch sind, den Vorzug, daß das Kind, selbst wenn es sehr unruhig schläft, nicht herausfallen kann, daß es sich weniger hart stößt, was besonders bei der merkwürdig häufigen Tendenz tiefstehender Idioten zu Selbstverletzung in Betracht kommt, und daß sie die Wärme besser zusammenhalten. Bei einer Infektion, die für eine ganze Anstalt bedenklich ist, z. B. bei Typhus, wird man die Bettstatt restlos durch Feuer vernichten, was nicht schlimm in die Wag-



schale fällt, wenn sie aus einfachem Holze gebaut ist. Bei unbedenklicheren Infektionen kann man auch die hölzernen Bettstellen mit desinfizierenden Flüssigkeiten abreiben, durchlüften, durchsonnen und schließlich frisch streichen lassen. — Gegen Festsetzung von Ungeziefer schützen auch eiserne Bettstellen nicht. Weil sie schwerer auseinander zu nehmen sind, sind ihre Fugen sogar schlechter zugänglich und weniger zu kontrollieren. Die Dampfdesinfektion dürfte für eiserne wie für hölzerne Bettstellen gleich verderblich sein, für die ersteren durch den entstehenden Rost und durch Verbiegungen, die bei starker Hitze eintreten.

In jedem Schlafsaale steht ein fahrbarer leichter Kleiderständer, der abends beladen mit Kleidern und Schuhwerk aus dem Saale und früh zum Ankleiden wieder hereingeschoben wird. Am Tage hängt daran für jedes Kind ein Handtuch. Da die hiesigen Kinder sich zum kleinsten Teile selbst waschen können, so ist nur auf jede Personalkraft ein Waschbecken im Schlafsaal gerechnet, in dem sie nacheinander die von ihr zu versorgenden Kinder wäscht. Dagegen hat jedes Kind seinen Mundspülbecher, seine Zahnbürste und seinen Waschfleck. Falls gröbere Verunreinigungen vorgekommen sind, so wird das Kind gleich in der bereitstehenden Badewanne abgewaschen. Hier wie über allen Waschbecken befindet sich ein Hahn für Kalt- und Warmwasserleitung. Endlich befinden sich in jedem Schlafsaal wie in jedem Tagesraume zwei Wasserklosettsitze. — Die Aufstellung fester Klosettsitze in den Tagesräumen dürfte vielleicht nicht jedermanns Geschmack entsprechen. Wenn man aber bedenkt, daß unter den bildungunfähigen Idioten eine sehr große Zahl solcher sich befindet, die beständig unter sich lassen, wenn man weiß, wie unangenehm die Aufstellung und Handhabung von Nachtstühlen ist, und wieviel sie Personalkraft absorbiert, dann wird man diese Einrichtung bald für sehr nützlich erkennen, um so mehr, da die Beseitigung des Geruchs und der Abgänge hierbei die denkbar gründlichste und schnellste ist. Direkt oberhalb der Klosettsitze sind die Ventilationsöffnungen angebracht, die dazu beitragen, die Gerüche im statu nascendi zu entfernen. Verf., der diese, wohl anderweit noch nicht übliche Einrichtung für die hiesige Anstalt empfohlen hat, glaubte erst diese Sitze durch irgendeine Vorrichtung dem Auge des Besuchers entziehen zu müssen. Davon ist er aber ganz abgekommen. Eine Anstalt für tiefstehende Idioten wird nie ein Schmuckkästchen sein können, mit dem man vor Fremden renommieren kann. Ihre Einrichtungen müssen in erster Linie praktisch und ihr Betrieb muß möglichst billig sein, damit diese Unglückskinder nicht dem Lande allzu teuer zu stehen kommen. Je übersichtlicher aber ein Tageraum ist, je mehr Pfleglinge eine Personalkraft gleichzeitig im Auge haben kann, desto weniger wird man Personal brauchen, ohne Unfälle zu riskieren.

Übrigens gibt es für die größeren und reinlichen Idioten auch noch Aborte, die, leicht vom Tageraum zu erreichen, nach Norden gelegen sind.

Die beiden für die Pfleglinge dort vorgesehenen Sitze sind durch eine Zwischenwand getrennt und nach vorn offen, damit die Kinder im Auge behalten werden können.

Leider kommt man trotz aller dieser Einrichtungen in einigen Abteilungen nicht ohne gepolsterte Nachtstühle aus. Sie werden namentlich bei den Gelähmten verwendet, die nicht gehen können, und die man doch auch nicht den ganzen Tag im Bette liegen lassen will.

Die Tageräume sind ebenso wie die Schlafräume weiß getüncht bis auf einen 1 ½ m hohen Ölsockel. Die Dielen sind oder werden zum Teil noch mit Linoleum belegt. Auch in jedem Tageraume befindet sich ein fester Waschtisch mit 2 bis 3 Kippbecken. Sonst sind sie nur ausgestattet mit niedrigen hölzernen Tischen, Bänken und Stühlchen mit Seitenlehnen. Die Räume sind so berechnet, daß die Kinder dabei noch reichlich Platz haben, sich frei zu bewegen, und daß größere Kinderspielsachen wie Schaukeln, Pferde, Puppenwagen u. dgl. benutzt werden können, ohne daß sie die Bewegungsfreiheit hemmen.

Im Laufe der Zeit werden die jetzt noch kahlen Wände mit einfachem, aber gutem und wenigstens noch für einige Kinder verständlichem Bilderschmuck versehen werden. Auch muß jeder Tageraum ein Arrangement von Blumen erhalten. Diese Dekoration wird nicht nur vielfach von den Kindern, ebenso wie von unruhigen Geisteskranken respektiert, sie gibt auch jedem Raume etwas Freundliches und verschafft den Eltern die tröstliche Gewißheit, daß ihr Kind gut aufgehoben ist, — denn wo für solche kleinen Dinge gesorgt wird, da geschieht dies auch im großen und ganzen, — und sie ist endlich eine Annehmlichkeit für das Personal, dessen Auge gern einmal darauf ruht, und dessen Hand die kleine Mühe der Pflege der Blumen nicht scheut. — Endlich gibt es für mehrere Abteilungen zusammen einen nach Norden gelegenen Putzraum, in dem Hader, Besen usw. aufgehoben und Arbeiten wie Schuhputzen u. ä. verrichtet werden. Sie sind wie die Korridore mit Fliesen bedeckt. Im Kellergeschoß befindet sich ein Baderaum mit 8 emaillierten Eisenwannen, in denen das wöchentliche Reinigungsbad genommen wird.

Das völlig ausgebaute Dachgeschoß enthält die Wohnzimmer für das Personal, das sind 1 Oberpflegerin für den Küchen-, 1 für den Aufsichtsdienst und für 7 in dem staatlichen Pflegerinnenhaus Hubertusburg ausgebildete Pflegerinnen, die die zurzeit bestehenden 7 Abteilungen mit je 2—3 Wärterinnen versorgen, und einen großen Schlafraum und einen Tageraum für die Wärterinnen. Im anderen Teil der Mansarde befindet sich ein größerer Raum, der zur Abhaltung der Gottesdienste und der Festlichkeiten für das Personal dient, ein Raum für Unterrichtstunden, die der Arzt und der Seelsorger dem Personal erteilen, und die Wohnung des Arztes. Eine Familienwohnung in einem solchen großen Anstaltgebäude



hat nicht nur gewisse hygienische, sondern auch manche ästhetische Nachteile für den Inhaber. Auf der anderen Seite ist es aber für die Anstalt, besonders im Beginn ihres Betriebes, ein großer Vorteil, wenn der Arzt im Gebäude selbst wohnt, daher schnell zu haben ist und immer und überall ein eigenes Interesse an der Reinhaltung bzw. an der Hygiene des Hauses hat.

Es ist früher davon die Rede gewesen, die Anstalt nur durch einen Arzt im Nebenamt versorgen zu lassen, um das Gehalt eines hauptamtlich angestellten Arztes für eine solch unproduktive Anstalt zu sparen. Man kann sich schon nach dem oben Gesagten denken, daß dies ein Unding sein würde, und daß nicht nur binnen kurzem das Gebäude verseucht und ruiniert wäre, sondern auch dem unterhaltenden Fiskus aus falscher Behandlung des ja meist sehr untraitabeln Krankenmaterials oder gar aus Mißhandlung und Übergriffen des Personals ein Rattenkönig von Beschwerden erwachsen würde. In einer solchen Anstalt kann daher nur ein psychiatrisch und hygienisch vorgebildeter und auf dem Spezialgebiet der Idiotie erfahrener Arzt Gutes wirken und die Interessen des Staates sowohl wie der Kranken richtig vertreten, ganz abgesehen davon, daß auch hier noch eine wissenschaftliche Tätigkeit Früchte zeitigen kann. (Zu vgl. Verf.s „Zur Weihe der Kgl. Landesanstalt Großhennersdorf", s. Ztschr. f. d. Bhdlg. Schwachs. Nr. 5 Jg. 32. Herausg. v. *Gürtler* u. *Meltzer*. Marhold, Halle.)

Das Erdgeschoß enthält Aufnahme-, Vorstandzimmer, die Expeditionsräume und die sehr geräumige Küche mit angrenzendem Vorrats-, Anrichte- und Zuputzraum. Ein Raum ist für wissenschaftliche Photographie vorgesehen. Die Photographie soll zuweilen auch den sehr praktischen Zweck haben, allzu sorglichen Eltern ad oculos zu demonstrieren, daß sich ihr Kind in Anstaltpflege besser befindet, wie in der häuslichen. — Das ärztliche Inventar und Instrumentarium ist nach dem Grundsatz ausgewählt worden, daß man bei dem hiesigen Material mit dem einfachsten und billigsten durchzukommen suchen muß, damit sich nie eine Stimme erheben kann, die solche Aufwendungen als hinausgeworfenes Geld bezeichnen kann. Auf der anderen Seite muß aber auch den Terroristen, die in einer solchen Anstalt überhaupt einen Luxus sehen und am liebsten mit den Kindern nach spartanischer Art und Weise verführen, immer wieder entgegengetreten werden. Auch in dieser Hinsicht kann auf die Ausführungen des Verf.s in der obengenannten Abhandlung verwiesen werden.

In dem früheren Ökonomiewirtschaftsgebäude an der Nordwestfront des Hofes, das jetzt nur noch zum kleinsten Teil zu ökonomischen Zwecken Verwendung finden dürfte, wird zurzeit noch ein kleines Krankenhaus mit Isolierabteilung für infektiöse Kranke hergerichtet, ferner ein Desinfektionsofen nach Budderbergschem System, ein Sektions- und ein Leichenraum und endlich ein Raum zur Spülung stark beschmutzter



Wäsche und ein anderer zur Sortierung der gereinigten zurückkommenden Wäsche eingebaut.

Die eigentliche Wäschereinigung wird in der benachbarten Königl. Heil- und Pflegeanstalt Großschweidnitz besorgt, wohin die Wäsche nach Auswaschen des gröbsten Schmutzes teils per Achse, teils per Bahn befördert wird.

Die Anstalt bekommt das Licht von der Überlandzentrale in Zittau und bezahlt für die Kilowattstunde 25 Pfg.

Sie besitzt eigene Wasserleitung. Das Wasser kommt aus vornehmlich waldigem Gebiet und wird auf eigenem, vor wenigen Jahren käuflich erworbenem Grund und Boden, der mit Bäumen bepflanzt ist, gefaßt. Das Reservoir liegt so hoch, daß das Wasser durch den eigenen Druck bis in die Dachwohnungen gelangt. Damit auch das hohe Dach des Gebäudes bei Feuersgefahr geschützt werden kann, werden noch Anschlußhydranten an die Ortswasserleitung, die höheren Druck besitzt, geschaffen. Die Qualität des Wassers der Anstaltleitung hat seit der käuflichen Erwerbung des Quellfassungsgebietes nie zu Ausständen mehr Veranlassung gegeben. Die Ergiebigkeit beider Leitungen dürfte auch für alle Notfälle ausreichend sein.

Die Abwässer einschließlich der Wasserklosettabgänge werden nach biologischem Verfahren geklärt.

Was nun den inneren Betrieb der Anstalt anlangt, so dürfte zunächst Zahl und Art der Beamten und Bediensteten interessieren. Es sind vorhanden:

a) folgende Staatsbeamte: 1 Anstaltsarzt (zugleich Anstaltleiter), 1 Expeditionsvorstand (Sekretär), 1 Kassen- und Wirtschaftsbeamter (Sekretär), 1 Oberpfleger, 1 Heizer, 1 Küchenvorgesetzte, 1 Oberpflegerin 7 Abteilungspflegerinnen;

b) folgende Nichtstaatsbeamte: 1 Diätist zu Hilfsarbeiten in Expedition, Wirtschaft und Kasse, 1 Hausarbeiter, 23 Wärterinnen, 4 Küchenmädchen, 1 Nachtwächter.

Das Verhältnis des Pflegepersonals zum Pflegematerial ist also bei dem gegenwärtigen Bestand von 150 Idioten, 7 Pflegerinnen und 23 Wärterinnen = 5 : 1.

Wer darüber orientiert ist, wie unreinlich, hilfs- und aufsichtbedürftig bildungunfähige Idioten sind, und weiß, daß das Personal sich nicht wie in Krankenhäusern und Irrenanstalten mancher Kranker zu Hilfsdiensten oder wenigstens zu einigen Handreichungen bedienen kann, daß sich fast keins dieser Kinder selbst an- und ausziehen kann, der wird einsehen, daß das Prozentverhältnis 1 : 5 nicht hoch ist, zumal wenn, wie hier, auch alle Hausarbeiten und das Auswaschen der stark beschmutzten Wäsche mit von demselben Personal besorgt werden muß. Das gleiche gilt von der Küche, die hier auch über keine nennenswerten Hilfskräfte verfügt



und daher auch alle Zuputz- wie Aufwascharbeiten allein machen muß. Auf 1 Küchenkraft kommen 35 Esser. Es essen nämlich außer den 150 Kindern das gesamte Personal, die unverheirateten Beamten und die 26 erwachsenen Schwachsinnigen, die in der benachbarten Kolonie, einer Wohltätigkeitseinrichtung der Unterstützungskasse für entlassene Schwachsinnige, gegen Bezahlung mit aus der Anstaltküche. Es muß endlich bei dem obengenannten Prozentverhältnis 1 : 5 bedacht werden, daß dem Personal regelmäßig freie Tage zur Erholung gegeben werden müssen, und daß oft einmal Krankheit eine Pflegekraft dem Dienst auf längere Zeit entzieht. Dadurch sinkt das tatsächliche Verhältnis disponibler Pflegekräfte pro Tag auf 1 : 6—7 Pfleglingen, was in anbetracht des hiesigen Krankenmaterials sogar sehr niedrig ist. Da man sich aber bei einer solchen Anstalt wie der hiesigen, deren Pflegeanstaltcharakter naturgemäß mehr vorwiegt, immer vor Augen halten muß, daß die Kosten nicht in das Ungemessene wachsen, so wird man eben auf alle Fälle versuchen, mit diesem Verhältnis auszukommen.

Sparsamkeitserwägungen entspringt es auch, wenn hier nicht wie in den übrigen sächs. Landes-Heil- und Pfleganstalten vorwiegend in dem staatlichen Pflegerinnenhaus geschultes Personal angestellt ist, sondern ungeschultes Wärterinnenpersonal. Obgleich erst befürchtet werden mußte, daß sich in hiesiger Gegend wenige Mädchen zu diesem Dienste bereit finden würden, und der Zuzug erst ein recht spärlicher war, besteht jetzt ein Überangebot. Das ist wohl hauptsächlich dem Umstande zu danken, daß sich sehr bald bei den hier Bediensteten die Überzeugung Bahn gebrochen hat, daß sie hier nicht nur für eine saubere Haushaltung — trotz aller Beschmutzungen, die vorkommen —, sondern auch in der Pflege der Kinder und in der Krankenpflege etwas lernen können. Sie erhalten hier wöchentlich vom Arzt eine Unterrichtstunde in Krankenpflege und praktischen Übungen. Neben diesen ideellen Seiten werden natürlich auch die materiellen geschätzt. Ein gutes und billig zu vergütendes Essen wird immer ein Anziehungspunkt bleiben. Die Wärterinnen erhalten anfänglich pro Monat 40,50—43,50 Mk. Lohn, wovon etwa 18 Mk. (täglich 60 Pfg. für Kost) und 2 Mk. Versicherungsbeiträge in Abzug gebracht werden. Sie steigen bei Bewährung bis zu 58,50 Mk. — Selbst bei diesem höchsten Satz kommt der Fiskus natürlich weit billiger, als wenn er geschulte Pflegerinnen anstellt, die hier Staatsdienerinnen sind und bis zu einem Monatsgehalt von 100 Mk. kommen. Während ferner das Wärterinnenpersonal fluktuiert, teils weil es sich verheiratet, teils weil es anderweit noch günstigere Stellen findet, wobei es die in der Anstalt erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten nutzen kann, verbraucht sich das Pflegerinnenpersonal in dem doch für sie recht eintönigen Anstaltleben verhältnismäßig zeitig und muß oft vorzeitig pensioniert werden. — Im Anstaltleben sind Festtage und Anregungen nötiger als anderswo, weil hier die Sonntage in dienstlicher Beziehung den Wochentagen völlig



gleichen. Es ist daher eine besondere Beamten- und eine besondere Pflegerinnenbibliothek geschaffen worden; der Geistliche (im Nebenamt) hält wöchentlich eine Unterhaltungsstunde ab, dreimal im Monat für die Pflegerinnen, einmal für die Wärterinnen. Alle vier Wochen findet Gottesdienst für das Personal im Festraume der Anstalt statt, alle 14 Tage eine gemeinsame Singstunde und etwa jedes Vierteljahr ein Festabend, an dem Aufführungen, Vorträge usw. gehalten werden. Außerdem ist es dem Personal, soweit es am Sonntage frei haben kann, möglich, zum sonntäglichen Gottesdienst zu gehen und sich an Festlichkeiten solcher Vereine des Ortes zu beteiligen, die keine staatsfeindliche Tendenz haben. Die Pflegerinnen haben wöchentlich einen ganzen freien Tag und jährlich einen Urlaub von 14 Tagen, die Wärterinnen wöchentlich einen halben und alle 4 Wochen einen ganzen freien Tag und im Jahre einen Urlaub von 7 Tagen, in denen der Lohn weiter gewährt wird. Da die Kinder hier beizeiten, nämlich schon um 7 Uhr zu Bett gebracht werden, so haben alle diejenigen, die nicht Schlafsaaldienst haben, etwa von 8 Uhr an Zeit, für sich zu arbeiten oder zu lesen. — Diese geistige Hygiene ist hier etwas breiter behandelt worden, weil sie vielerorts über der Pflege der Kranken vernachlässigt wird. Es würde aber ein ganz besonderer Nonsens sein, alles zu tun, um bildungunfähige Idioten zu hegen und zu pflegen, und darüber gesundes Personal geistig und körperlich zugrunde zu richten.

Es erübrigt endlich noch, einen Überblick über die Verpflegung der Kinder, über ihre Beschäftigung und über den Tageslauf zu geben. Da die Anstalt erst ein Vierteljahr in Betrieb ist, da die Bau- und Einrichtungsarbeiten selbst im Hauptgebäude noch nicht ganz vollendet sind, so kann er nur lückenhaft sein, da Verf., der nicht nur Leiter, sondern auch zugleich einziger Arzt ist, vorläufig wenig Zeit hatte, sich diesen Dingen zu widmen. Die Kinder werden früh ½7 Uhr aus dem Bette genommen, gereinigt, gewaschen und in Tagesräume gebracht, wo ihnen zu einem recht beträchtlichen Teil das Frühstück, bestehend aus Milchmalzkaffee und 3 Semmeln, durch die Wärterinnen gereicht werden muß, weil sie nicht selbst essen und trinken können. Um ½10 Uhr erhalten sie das Frühstück, ¾12 Uhr das Mittagessen, um 3 Uhr das Vesper und um ½7 Uhr das Abendessen.

Das Frühstück besteht aus einer Butterschnitte, dem je nach der Jahreszeit Obst und bei Bedürftigen etwas Milch hinzugefügt wird, das Vesper aus Milchmalzkaffee und einer mit Butter oder Zuckerhonig oder Marmelade gestrichenen Schnitte, das Mittagessen und Abendessen für solche, die festere und krümelige Speisen nicht essen können, aus einer nahrhaften breiigen Suppe und event. Kompot, für die anderen aus Gemüse mit Fleischmachselung und Zugabe von reichlich Brot, damit auch die Zähne genügend in Anspruch genommen werden und genügende Speichelabsonderung stattfindet. Dreimal in der Woche wird Milch- oder Mehlspeise gegeben, die übrigen Male pro Tag etwa 50 g Fleisch. Abends wird meist kein Fleisch oder Fleischware und wenig Flüssigkeit verabreicht,



um Nerven und Nieren nicht durch Gewürze oder durch Wasserballast zu reizen. — Bei der jetzt eingehaltenen Qualität und Quantität wird ebenso eine Überfütterung wie eine Unterernährung vermieden und dabei der Etatsatz von 50 Pfg. pro Kopf nicht überschritten. — In den Zeiten zwischen den Mahlzeiten werden die Kinder vorläufig mit Spielzeug beschäftigt und, soweit sie dazu fähig sind, angehalten, sich durch einzelne Handgriffe nützlich zu machen. Einige bessere Elemente bringen es dazu, anderen Kindern beim An- und Ausziehen zu helfen und sich selbst zu bedienen, manche lassen sich als Wächter neben solche stellen, die beständig vom Platze fortstreben, manche wischen Staub oder Unreinigkeiten von der Diele weg, manche helfen mit Essen tragen, einige wenige sogar Kartoffelschälen. — Wie überall so wird natürlich auch hier differenziert und diejenigen, die nach Alter, Geschlecht und psychischer Eigenart am besten zusammenpassen, in einer Abteilung vereinigt. Das hindert nicht, in mancher Abteilung Knaben und Mädchen nebeneinander zu haben. Es gibt, wie oben erwähnt, immer auch einige, die sich zu Hilfsdiensten eignen. Solche findet man daher auch in Abteilungen, wohin sie nach ihrer geistigen Beschaffenheit nicht gehören. Zweifellos lernen sie aber hier mehr als in der für sie sonst in Betracht kommenden Station. Es versteht sich von selbst, daß auch diese Kinder nie ohne Aufsicht sind, damit sie nicht gelegentlich garstig mit den andern Pfleglingen sind oder ihnen das Essen wegnehmen. Wir haben hier einige sehr gutmütige Mädchen im Alter bis zu 14 Jahren, die sich in der Chemnitzer Anstalt allen Erziehungsversuchen gegenüber refraktär verhielten, und die hier bei diesen bescheidenen Anforderungen doch eine kleine nützliche Wirksamkeit entfalten. Ist nicht auch schon etwas gewonnen, wenn der Wärterin, die doch nicht überall gleichzeitig sein kann, solche Handgriffe, wie sie oben angedeutet wurden, abgenommen werden? Wenn solch ein Kind andere, die durchaus dem Hange fröhnen, sich in der Stube herumzusiehlen oder automatische Bewegungen zu machen, daran hindert? Wenn solche Kinder, die fortwährend die Hände in den Mund stecken, was das lästige Geifern nur noch vermehrt, von zwei bessern Kindern an der Hand in der Stube herumgeführt werden, wenn solche, die beständig vom Klosett herunterdrängen, dort mit leichter Gewalt zurückgehalten werden? Solche kleine Hilfskräfte darf man selbstverständlich nur gutem, vertrauenswürdigem Personal anvertrauen, wenn man nicht durch Unliebsamkeiten überrascht werden will. Auch dann ist es noch unumgänglich, daß Arzt und Oberpflegerin ein wachsames Auge überall haben, damit es nicht zu Übergriffen oder dazu kommt, daß es sich das Personal zu leicht macht. Mißhandlungen der Pfleglinge durch das Personal werden, wie hier jeder Wärterin beim Eintritt gesagt wird, mit sofortiger Entlassung bestraft, aber auch solche Handlungen, die nur entfernt wie jene aussehen, dürfen nicht ungeahndet bleiben. Denn sowie hier die Zügel locker gelassen werden, dürfte

in einer Anstalt wie der hiesigen mit den wehrlosen blöden Kindern der Gefahr grober Mißgriffe Tür und Tor geöffnet sein.

Aus dem jetzt vorhandenen Material werden sich vielleicht auch noch solche Kinder herausfinden lassen, bei denen eine Fröbelbeschäftigung oder solche Bewegungspiele, wie Ballspiel, die in hervorragendem Maße Geschicklichkeit und Aufmerksamkeit üben, nicht nutzlos sind, damit das mehr ziellose Spielen mit Spielsachen nicht über den ganzen Tag ausgedehnt werden muß. Die Wärterinnen sollen daher, nachdem sie das Wichtigste über die pflegliche Behandlung der Idioten gelernt haben, auch einen Begriff von den Fröbelschen Arbeiten erhalten.

Zu erwähnen bleibt noch eine Abteilung, auf der hier die unruhigsten und unreinsten Elemente vereinigt sind, damit nicht alle Abteilungen durch diese leiden. Hier befinden sich auch diejenigen, die am Tage wie in der Nacht oft Krampfanfälle haben. Neben dem Tagesraum und mit ihm durch eine offenstehende Tür verbunden ist hier ein kleineres Zimmer, in dem 5—6 Betten aufgestellt sind, die gestatten, ein solches Kind, wenn nötig, einzubetten und doch gleichzeitig ohne Personalvermehrung mit unter Aufsicht zu haben, was bei dem anliegenden großen Schlafsaal nicht möglich wäre, ganz abgesehen davon, daß dann der Schlafraum nicht so durchgelüftet werden könnte, wie es erwünscht ist. Ein gleiches Zimmer mit derselben Einrichtung hat die Abteilung, auf der solche gelähmten ruhigen Kinder sind, die gar nicht oder nicht dauernd sitzen können. Auf der ersterwähnten sog. „unruhigen Abteilung" ist nachts Wache; diese hat die Pflicht, den Krampfkranken im Anfalle Hilfe zu leisten, die Unruhigen in das Bett zurückzubringen oder ihnen die verordneten Medikamente zu reichen und durch die im Nebenraume schlafende Hilfswärterin eventuell Meldung an die Oberpflegerin über besondere Vorkommnisse erstatten zu lassen. Auch hat sie die Kinder, die wach sind, nachts abzuführen oder trocken zu legen. In den anderen Abteilungen geschieht dies nur bis 10 Uhr abends ein- bis zweimal bei allen denjenigen, die regelmäßig oder vereinzelt einnässen, um ihnen nicht zu sehr den Nachtschlaf zu verkümmern und im Saale zu große Unruhe zu schaffen. — Jede Abteilungspflegerin hat der Oberpflegerin früh Bericht zu erstatten, wozu sie ein Buch mit eingezeichnetem Schema (I) zu benutzen hat. Die tägliche Eintragung macht nur sehr wenig Mühe und ermöglicht dem Arzt, sich rasch einen Überblick über die Abteilung zu verschaffen und darnach bei der Visite Weisungen zu geben, wie bei den einzelnen Kindern zu verfahren ist, um die Unreinheit zu bekämpfen, wie die Unruhe und die Krämpfe zu beseitigen sind u. dgl. mehr. Auch sind darin oft Notizen, die für die Krankengeschichte zu verwerten sind. — Die Oberpflegerin faßt diese Einzelberichte in einen Gesamtbericht nach Schema II zusammen, den sie dem Arzt früh vorlegt. Die Visite findet nicht schematisch zu derselben Zeit und immer in derselben Art statt, sondern unregelmäßig und ungleichmäßig. Zuweilen erstreckt sie sich nur auf eine



Schema 1.

III. Abteilung Name des Pfleglings	Unrein				Unruhig		Krämpfe		Beruhigungs-mittel	Schlaf-mittel	Sonstige Arzneimittel	Besondere Bemerkungen
	Tags		Nachts		Tags	Nachts	Tags	Nachts				
	Ur.	Kot	Ur.	Kot								
1. A.....												
2. B	1		1		1						Lebertran	
3. C					1							
4. D								2			Brom	
5. E			1									
6. F					1		1					
7. G		1			1							Ausspülung
8. H	1			1	1	1			Dauerbad			Zerriß Bettüberzug; Ausspülung
9. I			1									Ausspülung
10. K					1							
11. L		1			1	1			Dauerbad			
12. M						1				0.5 Trional		
13. N				1	1							abends Temp. 38.5; hustete viel
14. O	1		1				1	2			Brom	Wütete gegen sich selbst; schlug mit Kopf gegen Tischkante
15. P					1	1		1			Brom	
16. Q		1			1							
17. R												
18. S				1	1				Packung		Mercur	Ausspülung
19. T			1									
20. U	1											
Summa	4	3	5	3	11	4	2	5	3	1	5	

Datum:

Unterschrift der Abteilungsschwester
bez. Abteilungswärterin:

Schema II.

Abteilungs- Belegzahl No.	Abteilungs- Schwester	Diensthabende Wärterinnen	Belegt mit Pfleglingen	Unrein Tags U.	Unrein Tags K.	Unrein Nachts U.	Unrein Nachts K.	Unruhig Tags	Unruhig Nachts	Krämpfe Tags	Krämpfe Nachts	Beruhigungsmittel	Schlafmittel	Besondere Bemerkungen z. B. über eingetretene Krankheit, Fieber, Unfälle, Erregungszustände
II 14	X.	Y. Z.	14	2	1	7								B. 1 Thyreoidintabl.; F. abds. 38.2
III 20	U.	V. W.	20	1		8	4	7		2	4	1 Packung 1 Bad	2 × Chloral	G. Fenster eingeschlagen: C. Arsen erhalten
IV 20	S.	T. P.	20	5	3	11	1	1	1			1 Packung	1 × Trional	D. sich selbst geschlagen; H. Ausschlag; I. abends kein Fieber mehr
V 18 usw. usw.	O.	Q. R.	17			2	1			1				L. M. N. Lebertran
Datum	13. II. 12	Gesamtbstd.:	148	20	7	43	9	12	1	8	7	3	3	

Unterschrift Oberpflegerin:

einzelne Abteilung. Es wird dann dem Personal praktisch vorgeführt, wie es sich mit den Kindern und wie es diese unter sich zu beschäftigen hat, wie es sie zum Sprechen, zur Übung der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses, zum Selbstbedienen und zur Reinlichkeit anzuregen hat.

Es ist selbstverständlich, daß über jedes Kind eine Krankengeschichte angelegt wird, in der zuvörderst der Aufnahmebefund und dann die fortlaufenden Beobachtungen niedergeschrieben werden. Sehr häufig verlangen die Eltern, die meist sehr an diesen elenden Kindern hängen, brieflich Auskunft über Gesundheit und event. Fortschritte. Da ist es gut, wenn bestimmte Beobachtungen festgelegt sind. Erkrankungen werden, wenn sie den Verdacht auf eine schwerere Verlaufsart offen lassen, stets an die Eltern gemeldet, dann aber, um unnötige Schreiberei zu vermeiden, nur wenn Verschlimmerungen eintreten. Besuche der Kinder durch Eltern und Anverwandte sind jederzeit gestattet und gern gesehen, weil sie die Vorurteile, die manche gegen die Anstalten haben, zerstreuen. Je besser die Angehörigen den ganzen Betrieb kennen lernen, desto vertrauensvoller überlassen sie ihre Kinder der Anstalt, und desto mehr wissen sie den Segen der Anstalt zu schätzen.

Mechanische Beschränkungen werden nur angewendet, wenn ein Kind, wie dies bei tiefstehenden Idioten recht häufig vorkommt, gegen sich selbst wütet, oder dann, wenn Verletzungen vorhanden sind, die von dem Kinde fortwährend wieder aufgerissen werden oder sich durch üble Angewohnheiten verschlimmern können. Die Beschränkung besteht aber nur darin, daß die Arme gewöhnlich durch eine weiche Mullbinde so bandagiert werden, daß ein Abreißen des Verbandes oder ein Zerbeißen oder In-den-Mund-stecken unmöglich wird. Am gefährlichsten sind die Augenleiden, die in Gestalt skrofulöser Phlyktänen äußerst hartnäckig sein und bei mangelhafter Überwachung leicht zu Verunstaltungen des Auges, ja zu Erblindungen führen können. Solche Kinder Tag und Nacht durch eine Personalkraft überwachen bzw. halten zu lassen, würde eine nutzlose und kostspielige Quälerei sein, die nur ein starrer Verfechter des Norestraint-Prinzipes fertig bringen kann. — Jede Beschränkung dieser Art wird vom Arzt angeordnet und der Abteilungspflegerin besonders schriftlich bescheinigt. — Die Türen sind in den meisten Abteilungen offen und werden nur dort (zurzeit in zwei Abteilungen) geschlossen gehalten, wo sich Kinder befinden, die triebartig fortlaufen. Von der Anbringung von Gittern an den Fenstern ist beim Bau abgesehen worden. Doch werden voraussichtlich noch solche angebracht werden müssen, da die Fensterbrüstungen überall ziemlich niedrig sind und daher ein allzu rasches Klettern auf die Fenster durch die oft ganz unberechenbaren Kinder selbst bei bester Aufsicht und tüchtigem Personal nicht mit absoluter Sicherheit verhütet werden kann. — Bei starker Erregung werden Dauerbäder und feuchtwarme Packungen in Anwendung gezogen; oft muß von Beruhigungs- oder Schlafmitteln, oft von solchen

Medikamenten Gebrauch gemacht werden, die antiluisch, antiskrofulös, antimyxödematös wirken. So liegt dem Arzte, der zugleich Erzieher des Personals und der Kinder sein muß, ein gar nicht undankbares Feld teils therapeutischer, teils prophylaktischer, teils hygienischer Wirksamkeit offen.

Es wäre verfrüht nach $^1/_4$—$^1/_3$ Jahr von Erfolgen zu reden. In welcher Richtung sie zu erzielen sein werden, das ist, um Wiederholungen zu vermeiden, aus der schon oben zitierten Arbeit zu ersehen. Es wäre ebenso verfehlt und dem gesunden Menschenverstand zuwiderlaufend, wollte man diese bildungunfähigen Idioten mit allen Mitteln medizinischer Kunst „aufpäppeln", wie es unchristlich und unmoralisch wäre, die Kinder hilflos den sie überziehenden Krankheiten als Beute zu überlassen. Die aus der letzteren Konsequenz entspringenden Nachteile würden zweifellos nicht nur auf die gesunden, im Dienste dieser Kinder stehenden Pflegekräfte fallen, sondern auch mit der Zeit dem Ansehen der Anstalt und damit des Staates schaden. Wenn aber einer Anstalt seitens des Publikums kein Vertrauen mehr entgegengebracht wird, dann verfehlt sie ihren Hauptzweck, der hier bei einer Anstalt für bildungunfähige Idioten darin besteht, diese asozialen Elemente der Familie, der sie meist enormen materiellen und psychischen Schaden bringen, abzunehmen und sie im Sinne christlicher Liebe zu pflegen und zu bewahren.

Vorläufig beherbergt die Anstalt nur Kinder bis zu 14 Jahren. Wenn dies Alter erreicht ist, dann müssen diejenigen, die unbedenklich in der Familie verpflegt werden können, dieser wieder zurückgegeben werden, während die gefährlichen an eine Abteilung für ältere Idioten, die noch in Hubertusburg besteht, abgegeben werden. Wahrscheinlich wird aber auch diese Abteilung einmal hierher verlegt werden, um dort Platz für Geisteskranke zu schaffen und um gleichartige Kranke auf einer Scholle zu vereinigen.

Zudem besteht in Großhennersdorf als eine Schöpfung der privaten Unterstützungskasse für entlassene Schwachsinnige die sog. „landwirtschaftliche Kolonie", in der harmlose erwachsene, nicht ganz arbeitsunfähige Idioten männlichen Geschlechts gegen einen Verpflegungssatz von 60 Pfg. bis 1,25 Mk. Unterkunft und Beschäftigung finden.

Hoffentlich erhält diese Wohltätigkeitskasse aus privaten Kreisen einmal eine solche finanzielle Stärkung, daß es möglich wird, auch

ein Gebäude für ebensolche weibliche Schwachsinnige, die, wenn sie der Erziehungsanstalt entwachsen sind, oft noch viel mehr dem Elend preisgegeben sind und überall als überflüssig empfunden werden, zu errichten. Manche von ihnen könnten recht wohl als halbe Kräfte in der Anstalt, die dadurch noch billiger wirtschaften würde, Verwendung finden.

Um vorzeitige Überfüllung der Anstalt und kostspielige Erweiterungsbauten zu verhüten, dürfte wahrscheinlich schon bald an eine Organisation der Familienpflege im Orte gedacht werden müssen. Wie für manche erwachsene Geisteskranke, so würde sie auch für viele Idioten durchaus angängig sein. Falls die Bevölkerung von der Pflege solcher Kinder materielle Vorteile hat, wird sie mit der Zeit auch Verständnis für diese Liebestätigkeit, die es trotzdem bleibt, gewinnen und auch dem Anstaltsarzt, der natürlich die Überwachung der Pfleglinge zu übernehmen hätte, das Aufsichts- und Beratungsrecht gern zugestehen.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

---

3. Jahresversammlung der Pommerschen Vereinigung für Neurologie und Psychiatrie am 17. Februar in Stettin.

Vorsitzender: Herr *Mercklin*-Treptow a. R.

Anwesend die Herren: *Bendixsohn*, *Braeuning*-Stettin, *Colla*-Finkenwalde, *Deutsch*, *Encke*-Ückermünde, *Ermisch*-Treptow a. R., *Gundlach*-Ückermünde, *Haeckel*-Stettin, *Halbey*-Ückermünde, *Horstmann*-Stralsund, *Mangelsdorf*-Stettin, *Marcus*-Eckerberg, *Mercklin*-Treptow a. R., *Neumeister*, *Niesel*, *Samuel*, *Schnitzer*, *Schulze*-Stettin, *Tomaschny*, *Vollheim*-Treptow a. R.

Haeckel-Stettin: Über die *Foerster*sche Operation

Die spastischen Lähmungen bei Störungen in der Pyramidenbahn, also besonders bei der *Little*schen Krankheit, setzen sich aus zwei Komponenten zusammen, einer paretischen und einer gesteigerten Reflexerregbarkeit; letztere kommt zustande durch Unterbrechung der reflexhemmenden, inhibitorischen Fasern, welche mit den motorischen zusammen in der Pyramidenseitenstrangbahn verlaufen. Die paretische Komponente kann man nicht beeinflußen, wohl aber die gesteigerte Reflexerregbarkeit, dadurch, daß man die Maße der andauernd ins Rückenmark einströmenden sensiblen Reize vermindert. Das geschieht mit Durchschneidung von hinteren Wurzeln der Spinalnerven. — Da eine Anästhesie in einem bestimmten Bezirk erst entsteht, wenn drei nebeneinanderliegende Wurzeln durchschnitten sind (*Sherrington*), so durchtrennt man zwei Wurzeln nebeneinander, läßt dann eine stehen usw. In dieser Weise durchschneidet man bei spastischen Lähmungen der Beine die II., III., V. Lumbal- und II. Sakralwurzel. *Foerster* übertrug diese seine Ideen auch auf die Behandlung von gastrischen Krisen der Tabiker, von der Ansicht ausgehend, daß denselben ein primär sensibler Reizzustand zugrunde liege, und empfahl die Durchschneidung der VII. bis IX. hinteren Dorsalwurzeln.

Wenn irgend möglich, soll man die Operation einzeitig vollenden; denn wenn auch die schwere Schockwirkung durch die zweizeitige Operation



vermieden wird, so wird doch die Asepsis dabei gefährdet. Durch Modifikationen der ursprünglichen Methode: Ersatz der Allgemeinnarkose durch Lokalanästhesie, Herabsetzung der Blutung aus der dicken Rückenmuskulatur durch Einspritzen von Adrenalin, Vermeidung des gefährlichen Liquorausflusses durch Nichteröffnung des Duralsackes und Durchschneidung der Wurzeln außerhalb des letzteren (*Guleke*), Durchschneidung der Wurzeln nicht am Austritt aus dem Duralsack, sondern der einzelnen Wurzelfasern unmittelbar am Austritt aus dem Rückenmark (*Wilms*). ist es gelungen, die Schwere der Operation erheblich herabzumindern.

Bisher sind 83 Operationen in der Literatur niedergelegt worden. dazu kommen 2 vom Vortragenden ausgeführte. Von diesen 85 Operierten sind 12 gestorben, d. i. eine Mortalität von 14%.

Bei weitem die besten Erfolge erzielt man bei der *Little*schen Krankheit; Kinder, die elende Krüppel waren, hat man zum Gehen gebracht; von großer Wichtigkeit ist die Nachbehandlung mit ganz systematischen Bewegungsübungen. — Weniger gut sind die Resultate bei gastrischen Krisen der Tabiker. Die Erfahrung lehrte, daß man mehr Wurzeln durchschneiden muß als die 7.—9. dorsale, da das Einstrahlungsgebiet der in Betracht kommenden Nerven ins Rückenmark größer ist, als man ursprünglich annahm. — Am wenigsten befriedigend sind die Erfolge bei spondylitischen Lähmungen und der multiplen Sklerose. Ähnlich wie bei den Kranken mit gastrischen Krisen hat man es hier mit sehr heruntergekommenen Menschen (Morphium!) und mit progressiven Erkrankungen zu tun, während die *Littlesche* Krankheit ein abgeschlossener Prozeß ist. Von 6 wegen multipler Sklerose Operierten starben 3.

Vortragender selbst hat zweimal operiert; beide Male wurde die Operation gut überstanden. Das eine Mal handelte es sich um eine 31jähr. Kranke mit schwersten gastrischen und intestinalen Krisen, welche durch Nikotin und Morphium (40 Spritzen zu 1 cgr. pro Tag) sehr heruntergekommen war. Nach Durchschneidung der 7.—11. Dorsalwurzel (extradural nach *Guleke*) wurde das Erbrechen sehr viel seltener, die Magen- und Rückenschmerzen schwanden. — Die andere, 35jährige Kranke mit multipler Sklerose litt an äußerst lästigen, sehr schmerzhaften Spasmen der Beine. Die Wurzeldurchschneidung nach der *Wilms*schen Modifikation beseitigte die Spasmen ganz; Gehen und Stehen war zunächst schlechter als vor der Operation, besserte sich aber bedeutend durch systematische Bewegungsübungen.

Die ingeniös ausgedachte, mit der Exaktheit eines physiologischen Experimentes wirkende Operation *Foersters* stellt eine sehr wesentliche Bereicherung unserer Therapie sonst kaum einer erfolgreichen Behandlung zugänglicher Zustände dar.

D i s k u s s i o n. — *Schnitzer*-Stettin bemerkt, daß er an dem Vortrage des Herrn *Haeckel* ein besonderes Interesse habe, weil in den Kückenmühler Anstalten eine erhebliche Anzahl von Kranken mit zerebraler



Diplegie behaftet sei. Er fragt in bezug auf die Indikation, ob auch solche Kranke zur Operation empfohlen werden können, deren Pyramidenbahnen völlig zerstört sind, sodann, ob die Mitbewegungen endgültig verschwinden, und ob nicht zur vollen Ausnutzung des Erfolges eine normale Intelligenz erforderlich sei. Redner habe beobachtet, daß bei schwachsinnigen Hemiplegikern und Diplegikern orthopädische Operationen keinen Dauererfolg brachten, weil die betreffenden Kranken bei der Nachbehandlung infolge ihrer Intelligenzschwäche versagten.

Haeckel: Bei den meisten Fällen besteht wohl eine vollkommene Unterbrechung der Pyramidenbahn, trotzdem sind die Resultate gut. Die Mitbewegungen werden durch die Unterbrechung des Reflexbogens aufgehoben. Intelligenzdefekte können unüberwindliche Schwierigkeiten machen, so daß die Übungstherapie nutzlos ist.

Halbey-Ückermünde: Über die Kombinationen narkotischer und Schlafmittel und ihre Anwendung in der Behandlung der Geisteskrankheiten.

Ausgehend von den wissenschaftlichen, experimentellen Untersuchungen *Bürgis* (Dtsch. med. Wschr. 1910), der bewiesen hat, daß der pharmakologische Effekt eines Medikamentes durch hintereinander gereichte Teildosen verstärkt wird, und daß die Kombination von verschiedenen narkotischen Mitteln eine noch größere Wirkung erzielt, betrachtete der Vortragende die klinischen Erfahrungen, die von anderen Autoren und von ihm selbst mit zahlreichen Kombinationen von narkotischen und Schlafmitteln gemacht worden sind, die er zur Bekämpfung der Aufregungszustände und der Schlaflosigkeit der Geisteskranken empfiehlt. (Der Vortrag wird an anderer Stelle in extenso veröffentlicht werden.)

Diskussion. — *Colla*-Finkenwalde: Ich hatte die Absicht, zum heutigen Vortrage meine Erfahrungen über die gleichzeitige Verabreichung von verschiedenen Schlafmitteln zusammenzustellen, bin aber leider nicht dazu gekommen und will mich begnügen, einiges aus dem Gedächtnis mitzuteilen. Den ersten Anlaß zu Versuchen nach dieser Richtung gab mir vor etwa 12 Jahren die Erfahrung bei einem schweren Deliranten, den ich mit allen gebräuchlichen Mitteln nicht beruhigen konnte. Chloral in großer Dosis war hier ausgeschlossen. Ich versuchte schließlich auf Anregung des Bruders des P. Bromidia, das früher in einem Alkoholdelirium gut gewirkt haben sollte. Auf einen Teelöffel B. schlief P. sechs Stunden. Mit kleineren Dosen gelang es, ihn ruhig zu halten, und unter Bädern. Packungen beruhigte er sich dann völlig, während Bromidia täglich dreimal zu 1.0, abends 4.0 verabreicht wurde. Da die genaue Zusammensetzung des B. damals nicht bekannt war, kombinierte ich mir für ähnliche Fälle ein Mittel aus Chloralhydrat 1.5 oder Chloralamid 2.0, Tinct opii spl. 1.0, Hy[illegible] und wandte es mit Erfolg bei Schlaflosigkeit, die vor allem [illegible] Ursache bewirkt war, an. Aber



als Mixtur hält sich diese Mischung nicht, namentlich mit Chloralamid. Später kombinierte ich die Mittel erst vor der Darreichung mit Hilfe der jetzt gebräuchlichen Tabletten. Nebenbei bemerkt, habe ich für Chloral auch Eglatolkapseln angewandt, und zwar 1 bis 2 Kapseln zu 0,5, aber ohne befriedigendes Resultat.

Inzwischen hatte ich aber die neueren Schlafmittel benutzt, ohne daß ich die Kombination verschiedener Mittel prinzipiell anwandte oder erprobte. Meist kam ich mit Veronal, Veronalnatrium, Trional usw. aus. Erst ein Fall von Paraldehydismus führte mich wieder darauf, systematisch Beruhigungsmittel zu kombinieren. Es handelte sich um einen degenerativen Neurastheniker, der über 70 g Paraldehyd täglich nahm; zum Schlafen brauchte er abends 15 g. Ich erzielte nach verschiedenen vergeblichen Versuchen mit anderen Mitteln Schlaf durch 1,0 Veronal und 0,06 Codein. In geteilter Dosis am Tage gereicht (0,25 und 0,015) gestattete die Vereinigung dieser Mittel auch eine schnelle Entziehung des gesamten Paraldehyds. Eine sehr gute Wirkung hatte ich kürzlich noch bei einem schweren Neurastheniker, der durch zügelloses Leben total erschöpft zu mir kam. Er verfiel in einen großen Aufregungszustand mit Halluzinationen, schlief aber mit 1,0 Veronal, 0,06 Codein und 0,0003 Scopolamin. In zwei Fällen von Paralysis agitans mit hartnäckiger Schlaflosigkeit wirkten 0,5 Veronal mit 0,0005 Scopolamin sicher Schlaf erzeugend. Beiläufig gesagt, habe ich einen Einfluß von Scopomorphin auf den Tremor bei der Paralysis agitans nie gesehen. In einem Falle von Morphinismus (Tagesdosis 0,6) gelang die sofortige Entziehung unter Anwendung von öfteren Dosen von 0,25 Veronal, 0,05 Codein, abends 1,0 Veronal, 0,06 Codein neben hydriatischen Verordnungen und selbstverständlich Bettruhe. Eine Täuschung ist ausgeschlossen; doch gebe ich zu, daß ein Zufall mitsprechen kann. Neuerdings hat *Kobert* ein Schlafmittel kombiniert, aus 0,5 Veronalnatrium und 0,3 Phenacetin, das sehr gerühmt wird. Interessant ist ja, daß auch die Nervina die sedative Wirkung verstärken. Ich möchte besonders zu Versuchen mit Lactophenin auffordern, das ja an sich schon eine geringe sedative Wirkung hat.

Auch die Tatsache habe ich bestätigen können, die der Vortragende erwähnt hat, daß viele Schlafmittel, refracta dosi gereicht, besser wirken. Das gilt übrigens auch für andere Mittel, z. B. Aspirin.

Ich glaube, daß wir, was die Kombination von Mitteln betrifft, vor unbegrenzten Möglichkeiten stehen, und es empfiehlt sich dringend, hier weitere therapeutische Versuche zu machen und die physiologisch-pharmakologischen Gesetze der Wirkung zu erforschen. Zur Erzeugung von Schlaf, zur Beruhigung erregter Kranker und auch bei Entziehungskuren ist uns hier die Möglichkeit geboten, sicher und gefahrlos zu helfen.

Mangelsdorf-Stettin: Das Dormiol, das in dem Referate gewissermaßen mit einem Fragezeichen versehen wurde, ist von uns viel verwandt worden. Es ist besonders dadurch interessant, daß das Prinzip der gleich-

zeitigen Darreichung zweier verschiedener Mittel bei ihm auf die Spitze getrieben ist durch Zusammenschweißung der beiden Bestandteile, Amylenhydrat und Chloralhydrat, zu einem neuen Moleküle; ob dies sehr zweckmäßig ist, erscheint diskutabel, da ja nun der Körperzelle die Arbeit zufallen dürfte, dies Molekül erst wieder in seine Komponenten zu spalten und diese dann den eigenen Rezeptoren zuzuführen. Es kommt dabei noch in Betracht, daß beide Einzelstoffe der gleichen Gruppe, den Körpern der Fettreihe, zuzurechnen sind; in unserer Praxis hat sich dementsprechend stets gezeigt, daß das D. seiner Wirkung nach in der Mitte zwischen Chloral und Amylen steht, und etwa, wie von früheren Beobachtern schon beschrieben, 1 g Chloral = 2 g Dormiol = 3 g Amylen zu werten sind.

In dem Referat wurde das Isopral (*Bayer*) nicht erwähnt, das von uns nach seiner Einführung ausgedehnt erprobt und ebenso wie von anderen Beobachtern als vorzüglicher Ersatz des für Gefäß-, Herz- und Lungenkranke nicht ungefährlichen Chloralhydrats erfunden wurde; da die Dosen desselben nur halb so groß sind und die Toxizität eine um das vielfach geringere, so kann es für solche Fälle nur warm empfohlen werden, zumal es sehr gute und gefahrlose Kombinationsmöglichkeiten mit anderen Mitteln gewährt. Ausgedehntem Gebrauch steht für gewöhnliche Anstaltverhältnisse leider ein sehr hoher Preis im Wege.

Mercklin-Treptow warnt vor der Anwendung des Chloralhydrats in jedem Falle, wo eine genaue körperliche Untersuchung nicht vorgenommen werden kann.

Horstmann-Stralsund demonstriert und erläutert den Bauplan der neuen Provinzialheilanstalt zu Stralsund.

Neumeister-Stettin: Zur Kasuistik der Epilepsie.

Es erscheint mir fast vermessen, wenn ich als einfacher Praktiker in Ihrem Kreise zur Kasuistik der Epilepsie das Wort ergreife. Betrachten Sie es zunächst als ein Zeichen von Interesse, welches ich von Anbeginn an Ihrer Vereinigung nehme. Vielleicht ist es aber doch auch für Sie interessant, die Sie vorwiegend in Anstalten tätig sind, von einem Fall, der sich ganz außerhalb der Anstaltbehandlung mitten im praktischen Leben entwickelt hat und einen eigenartigen Verlauf zeigt, Bericht zu erhalten. Die Pat., um die es sich handelt, ist jetzt 41 Jahre alt und steht auch heute noch in voller geschäftlicher Tätigkeit an leitender Stelle, wo an ihre körperliche und geistige Spannkraft (Disponieren, Verkehr mit dem Publikum, Telephonieren, Bücher führen und Einkassieren) ungewöhnlich hohe Anforderungen gestellt werden. Trotz des immerhin schweren Krankheitbildes hat sie denselben bis heutigen Tags vollauf genügen können.

Ich behandele die Pat. seit etwa 18 Jahren, wo sie zuerst mit einem Lungenspitzenkatarrh und Hämoptoe zu mir kam. Ich behandelte sie



damals mit Tuberkulin und schickte sie im Anschluß daran nach Reinerz. Sie reagierte prompt und erholte sich durch diese Kur zusehends. Bazillen wurden übrigens nicht gefunden. Der Prozeß in der Lunge ist zur Ausheilung gekommen oder doch zum Stillstand. Wiederholt fuhr sie in den nächsten Jahren zu ihrer Erholung nach Reinerz und bekam dort vor etwa acht Jahren den ersten leichten epileptischen Anfall, der sich dann hier nach etwa sechs Wochen unter meiner Beobachtung wiederholte. Ich habe nun — gewiß ein seltener Fall — in diesen acht Jahren nahezu jeden einzelnen Anfall selbst zu beobachten vermocht. Gewöhnlich merkt die Pat. das Herannahen des Anfalls, so daß sie sich meist noch rechtzeitig zu Bett begeben kann. Die Anfälle haben sich im Laufe der Jahre etwas gesteigert. Meist fand ich die Pat. bereits völlig bewußtlos im vollkommen ausgebildeten Krampfzustand. In der Regel bildeten sich im Gesicht und am Halse Blutaustritte unter der Haut. Ich pflege ihr eine Morphiuminjektion zu machen (1—2 ctg), worauf sich in der Regel nach einigen Stunden ein Nachlaß des Krampfes zeigt. Am nächsten Tage finde ich sie dann völlig erschöpft und über Gliederschmerzen klagend, oft mit zerbissener Zunge, im Bett liegen. Am dritten Tage nimmt sie ganz regelmäßig ihre volle Tätigkeit wieder auf. Diese Anfälle sind nun in den letzten fünf Jahren, über welche ich genaue Aufzeichnungen besitze, in Intervallen von 14 Tagen bis höchstens sechs Wochen, meist aber alle drei Wochen — übrigens völlig unabhängig von den Menses — aufgetreten. In der ganzen Zeit habe ich fast regelmäßige, tägliche Temperaturmessungen vornehmen und aufzeichenn lassen. Dabei hat sich ergeben, daß die Temperatur in den Tagen vor den Anfällen, oft auch unmittelbar nachher, erhöht war.

Ein äußerer Anlaß für die Entstehung der Anfälle war nicht zu finden. Der zyklische Verlauf in Verbindung mit der Temperaturerhöhung brachte mich namentlich mit Rücksicht auf das Fehlen aller zerebralen Erscheinungen auf den Gedanken, die Ursache der Anfälle im Blute zu suchen. So gut wie es ein Praktiker eben vermag, habe ich zahlreiche Blutuntersuchungen vorgenommen und namentlich auch in Verbindung mit dem damaligen Bakteriologen am hiesigen Garnisonlazarett, Stabsarzt *Hähnel*, Kulturversuche mit Blutproben vor, in und nach dem Anfall gemacht. Sämtliche Proben blieben steril. Ab und zu zeigten sich anscheinend Zerfallprodukte in den Blutproben, die während des Anfalls entnommen waren. Auch schien nach dem Anfall eine Vermehrung der Leukozyten vorhanden zu sein.

Es ist wohl verständlich, wenn ich im Laufe der Jahre die verschiedensten therapeutischen Versuche eingeschlagen habe. Ich will Sie mit den Einzelheiten nicht ermüden und bemerke nur, daß auch die Bromtherapie keinen bemerkenswerten nachhaltigen günstigen Einfluß hatte. In der ganzen Zeit ist es wohl nur einmal vorgekommen, daß die Anfälle einige Tage über sechs Wochen ausblieben. Die sehr intelligente



Pat. lehnte schließlich jedes Medikament und namentlich auch Brom entschieden ab, da sie unter der Nachwirkung desselben ihre Leistungfähigkeit beeinträchtigt fühlte.

Im Monat Mai (9. V.) dieses Jahres hatte sie nun im Anschluß an einen therapeutischen Eingriff, den ich gleich näher bezeichnen will, seit acht Jahren zum erstenmal einen freien Zeitraum von 17 Wochen. Ich halte diese Tatsache in Anbetracht des sonstigen regelmäßigen Auftretens der Krämpfe für wichtig genug, um sie Ihnen mitzuteilen. Im Anschluß an eine im vorigen Jahr mir zur Kenntnis gekommene Behandlung von Bluterkrankheit durch Injektion von artfremdem Eiweiß kam ich auf die Idee, auch in diesem Falle, wo ich die Ursache der Krankheit im Blute vermutete, es mit einer Injektion von Diphtherieheilserum zu versuchen. Auch bei den Blutern nimmt man aus Bequemlichkeit dieses Serum. Am 9. Mai war der letzte Anfall. Am 22. Mai machte ich eine Injektion von 1500 I. E ca. 4 ccm Serum. Der momentane Effekt war insofern ein sehr stürmischer, als die Pat. am nächsten Tage ein heftig juckendes Erythem über den ganzen Körper bekam und im Gesicht sowie am Halse geradezu elefantiastisch anschwoll. Die Erscheinungen dauerten 5—6 Tage und schwanden dann völlig. Interessant ist dabei, daß gerade die Körpergegenden am meisten Schwellung zeigten an denen sich auch bei den Anfällen die Blutaustritte fanden. Weiterhin ist bemerkenswert, daß die Pat. fast drei Monate völlig fieberfrei war. In den letzten Tagen des August trat das Fieber wieder auf, und am 31. August kam ein neuer Anfall, der von da ab in Zeiträumen von 3—4 Wochen in alter Weise wiederkehrte. Trotzdem die Pat. sich in jenen 17 Wochen ungewöhnlich erholt hatte, ist sie mit Rücksicht auf die schweren Erscheinungen nach der Serumeinspritzung zunächst nicht mehr zu einer Wiederholung des Versuchs zu bewegen. Es war vielleicht ein Fehler von mir, daß ich damals gleich 1500 I. E. nahm, und ich würde in einem zweiten Falle, da es mir ja nicht auf die I. E. ankam, sondern nur auf das artfremde Eiweiß, die schwächste Lösung von Heilserum in einer Menge von etwa 4 ccm einspritzen.

Es ist mir natürlich nicht fremd, daß im vielgestaltigen Verlauf der Epilepsie mit und ohne Therapie oft lange Remissionen beobachtet werden. Aber im vorliegenden Fall scheint mir der kausale Zusammenhang zwischen Eingriff und der Remission doch kaum zu bezweifeln. Ich bin mir auch wohl bewußt, daß mein therapeutisches Verfahren in diesem Falle auf krasser Empirie beruht. Aber gerade in einem Krankheitzustand wie die Epilepsie, der sowohl nach seiner Genese und seinem ganzen Verlauf recht viele Rätsel birgt, als auch in therapeutischer Hinsicht so wenig beeinflußbar ist, muß es dem Praktiker gestattet sein, gewissermaßen instinktmäßig Heilversuche anzustellen. Es würde mich freuen, wenn einer oder der andere unter Ihnen unter den exakteren Bedingungen



der Anstaltbeobachtung in einem geeigneten Falle meinen therapeutischen Versuch mit der Heilserumeinspritzung wiederholen würde.

Schnitzer-Stettin ist der Ansicht, daß der Fall, über den Herr *Neumeister* berichtet hat, zur derjenigen Epilepsiegruppe zu rechnen sei, welche auf Stoffwechselstörungen beruhe und toxischen Ursprungs sei. Der Erfolg sei hier zu vergleichen mit denjenigen Fällen, wo nach Erysipelerkrankungen oder nach Einspritzungen von Erysipelasserum längeres Ausbleiben der Krampfanfälle beobachtet wurde.

Tomaschny-Treptow a. R.: Über Gehörshalluzinationen bei progressiver Paralyse.

Angeregt durch die in der neueren Literatur vertretene Ansicht, daß die Halluzinationen der Paralytiker in letzter Zeit in der Zunahme begriffen seien, und auf Grund ähnlicher eigener Erfahrungen hat Vortr. die in der Heilanstalt zu Treptow a. R. in den Jahren 1910 und 1911 aufgenommenen männlichen Paralytiker besonders auf das Vorkommen von Gehörstäuschungen beobachtet und dabei im ersten Jahre bei etwa 35%, im zweiten Jahre bei etwa 60% dieser Kranken echte Gehörstäuschungen nachweisen können. Ihrem Inhalte nach unterschieden sich die Gehörstäuschungen der Paralytiker in nichts von den bei den übrigen Geisteskranken vorkommenden Gehörshalluzinationen. Sie bilden meist eine mehr oder minder rasch vorübergehende Erscheinung im Verlaufe der Krankheit, zuweilen wurde ein sog. halluzinatorisches Stadium beobachtet. Einmal traten die Gehörstäuschungen auf im Anschluß an einen mit aphasischen Störungen verbundenen paralytischen Anfall. Im Beginn des Krankheitprozesses sind Halluzinationen selten, sie treten in der Regel erst später in die Erscheinung. In den beobachteten Fällen waren die Gehörstäuschungen nicht mit etwaigen früheren Alkoholexzessen in Zusammenhang zu bringen, sie waren offenbar durch den paralytischen Krankheitprozeß als solchen ausgelöst worden.

Die Frage, ob — wie behauptet wird — die Halluzinationen bei Paralyse in der letzten Zeit zugenommen haben, läßt sich nach Ansicht des Vortr. nicht von einer Stelle aus generell entscheiden. Denn in der Literatur finden sich von den zuverlässigsten Autoren derartig entgegengesetzte Angaben über die Häufigkeit der Halluzinationen bei Paralyse, daß wir hier offenbar irgendwelche territoriale oder durch den Volkscharakter bedingte Unterschiede voraussetzen müssen. Für Pommern glaubt Vortr. in Rücksicht auf seine in 14jähriger psychiatrischer Tätigkeit gemachten Erfahrungen eine Zunahme der Gehörstäuschungen bei Paralyse annehmen zu dürfen. *Niesel.*



137. Sitzung des Psychiatrischen Vereins zu Berlin am 16. März 1912.

Die Sitzung ist zahlreich besucht. Der Vorsitzende *Ziehen* gedenkt zunächst der verstorbenen Mitglieder *Jastrowitz* und *Skierlo*, zu deren Ehren sich die Versammlung erhebt. Dann wird in die Tagesordnung eingetreten.

Weiler-Westend und Dr. jur. *Werthauer* (a. G.): Die Rechte der Anstaltleiter gegenüber internierten Geisteskranken, insbesondere bei eingeleitetem Entmündigungsverfahren.

1. *Weiler*-Westend: Die Mitteilungen, welche Herr Rechtsanwalt Dr. *Werthauer* und ich uns gestatten Ihnen heute zu machen, knüpfen sich an Ereignisse an, welche Ihnen wohl aus den seinerzeit in den Tagesblättern gebrachten Gerichtsverhandlungen größtenteils bekannt sind. Ich will Ihnen diese Vorgänge, welche den Ausgangspunkt für die heutige Besprechung geben sollen, kurz schildern.

Der Krankheitfall selbst, welcher zu verschiedenen Gerichtsbeschlüssen und Gerichtsverhandlungen Anlaß gegeben hat, bietet kein besonderes psychiatrisches Interesse. Ein an Paranoia leidender 25jähriger unverheirateter Kranker, welcher wiederholt in den letzten Jahren in offenen Sanatorien behandelt worden, dann in eine geschlossene Anstalt gebracht, aus derselben entwich, wurde im Juni vorigen Jahres auf Antrag seines Vaters in die geschlossene Abteilung der Westender Kuranstalten aufgenommen, und zwar, nachdem der Kreisarzt seines Wohnsitzes vorher das amtliche Attest ausgestellt hatte. Da der Kranke ein größeres eigenes Vermögen hatte, beantragte der Vater das Entmündigungsverfahren und Einsetzung einer vorläufigen Vormundschaft auf Grund eines Kreisarztattestes und eines Gutachtens eines Professors der Psychiatrie. Der Kranke erhielt die gerichtliche Zustellung, die vorläufige Vormundschaft betreffend, mit der üblichen Aufforderung, Beweismittel dagegen innerhalb 14 Tagen beizubringen.

Obwohl es keine Gesetze und Bestimmungen gibt, nach denen ein Geisteskranker im Entmündigungsverfahren ein Recht auf den Beistand eines Anwaltes hat, oder ein Anwalt Zutritt zu einem Geisteskranken erzwingen kann, so ist doch bei mir — wie vermutlich in allen Irrenanstalten — der nachgesuchte Rechtsbeistand fast immer gewährt worden. Dieser Kranke bestand auf den Beistand eines Rechtsanwalts E., welchen ich ihm aus bestimmten Gründen nicht gewähren konnte. Alle diesbezüglichen Beschwerden des Kranken an die Behörden wurden abgeschickt. Das für die Entmündigung zuständige Amtsgericht Schöneberg antwortete dem Kranken: Es habe keine Einwirkung auf die Anstaltleitung betreffs Zulassung des Rechtsanwalts E.



Es spielt sich nun folgender Vorgang ab. Rechtsanwalt *E.* erwirkt bei dem für die Westender Kuranstalten zuständigen Amtsgericht Charlottenburg einen Gerichtsbeschluß, welcher mir bei einer fiskalischen Strafe von 300 Mark für jeden Fall der Zuwiderhandlung aufgibt, seine Besuche beim Kranken zu dulden und seine Briefe an ihn auszuhändigen. Ich lehne beides ab, der Gerichtsbeschluß gelangt zur Vollstreckung, ich werde mit 900 Mark bestraft und zwar mit 300 Mark wegen Nichtzulassung des Anwalts und mit 600 Mark, weil ich zwei verschlossene Briefe, welche der Anwalt in der Hand hält, nicht entgegennehme. Die Polizei wird vom Gerichtsvollzieher zu Hülfe gerufen, und Anwalt, Gerichtsvollzieher und Schutzmann dringen in das Zimmer des Kranken. Mein Widerspruch mit der Begründung, daß der Internierte infolge von Geisteskrankheit prozeßunfähig und der Rechtsweg nicht gangbar sei, hat zunächst keinen Erfolg. Nach verschiedenen Terminen hebt das Amtsgericht Charlottenburg die einstweilige Verfügung, soweit Rechtsanwalt *E.* Antragsteller ist, auf, bestätigt aber die Verfügung, soweit der Kranke Antragsteller, mit der Maßgabe, daß ich den Besuch des Rechtsanwalts bei dem Kranken zweimal wöchentlich zu dulden habe, bei Vermeidung einer fiskalischen Strafe von 300 Mark für jeden Fall der Zuwiderhandlung. Das Amtsgericht hielt also den Rechtsweg für zulässig, da Streitigkeiten zwischen Internierten und Anstaltleiter die individuelle Rechtssphäre einer einzelnen Person beträfen, und meinte, die Prozeßfähigkeit des Kranken sei gegeben. Denn im Entmündigungsverfahren gelte der zu Entmündigende als prozeßfähig und müsse infolgedessen die Mittel haben, diese Prozeßfähigkeit ausüben zu können. Dies alles ereignet sich, obwohl bereits ein vorläufiger Vormund in der Person eines Schöneberger Rechtsanwalts ernannt worden war. Dieser erhebt keinen Widerspruch, läßt sich jedoch dazu bestimmen, daß der Kranke nur in seiner oder meiner Ärzte Gegenwart Besuche des Rechtsanwalts *E.* empfangen darf. Bald darauf gelingt es dem Rechtsanwalt *E.*, die vorläufige Vormundschaft über den Kranken beim Landgericht aufzuheben, obwohl sie auf Grund motivierter Gutachten ausgesprochen war. In dem betreffenden Landgerichtsbeschluß heißt es: Nach dem gegebenen Sachverhalte erscheint der Beschluß des Amtsgerichts nicht ausreichend begründet. Das Amtsgericht ist in eine Beweisaufnahme überhaupt nicht eingetreten. Es hat sich anscheinend darauf beschränkt, die Gutachten des Prof. *H.* und des Kreisarztes G. seinen Beschlüssen als Grundlage zu geben. Ein derartiges Verfahren erscheint unzulässig. Soll eine Person unter vorläufige Vormundschaft gestellt werden, so erfordert es das Recht auf persönliches Gehör, daß eine so wichtige und überaus tief in die persönliche Selbstbestimmung eingreifende Maßregel nicht getroffen wird, ohne daß die Ermittlung sich besonders auf eine persönliche Vernehmung des zu Entmündigenden zu richten habe. Die bisherigen Ermittlungen haben keinen Anhalt gegeben, daß der zu Entmündigende nicht vernehmungfähig ist, noch auch,



daß die Person oder das Vermögen desselben so erheblich gefährdet ist, daß die persönliche Vernehmung nicht abgewartet werden kann.

Gestützt auf diesen Landgerichtsbeschluß, welcher aus formellen Gründen die vorläufige Vormundschaft aufhebt, verlangt Rechtsanwalt *E.* die Entlassung des Kranken. Diese wird selbstverständlich verweigert, und nun geschieht etwas ganz Seltsames. Die Aufhebung der vorläufigen Vormundschaft und vermutlich die Behauptung des Anwalts, daß sein Kranker gesund und widerrechtlich interniert, genügen für das Amtsgericht Charlottenburg, um einen Gerichtsbeschluß zu erlassen, welcher mir und jedem meiner Ärzte je 300 Mark Strafe androht für jede Stunde der Zurückhaltung des Kranken in der Anstalt.

Durch schnelles Handeln gelingt es, diesen gesetzwidrigen Beschluß nicht zur Vollstreckung kommen zu lassen. Eine erneute Untersuchung des Kreisarztes konstatiert die noch bestehende gemeingefährliche Geisteskrankheit, das Charlottenburger Polizeipräsidium sichert mir zunächst zu, keine polizeiliche Hülfe zu gewähren, wenn sie vom Gerichtsvollzieher verlangt wird, ändert aber korrekterweise diese Zusage (weil die Polizei bei der Vollstreckung eines Gerichtsbeschlusses ihre Hilfe nicht versagen kann) dahin ab: der Kranke ist aus den Westender Anstalten zu entlassen, wird aber dann als gemeingefährlich Geisteskranker durch die Polizei in die zuständige öffentliche Irrenanstalt überführt. Am nächsten Tage schon bringt Herr Rechtsanwalt Dr. *Werthauer* diesen Entlassungsbeschluß zur Aufhebung. Damit ist die Periode der Gerichtsbeschlüsse zu Ende, und es setzt das ordentliche Gerichtsverfahren im Instanzenwege bei Landgerichten und beim Kammergericht ein. Nebeneinander laufen zwei Verfahren: Die Klage gegen mich auf Zulassung des Rechtsanwalts *E.* zum Kranken und die Klage auf Entlassung des Kranken unter Beantragung schwerer Freiheitstrafen.

Bei der Landgerichtsverhandlung wird leider nicht entschieden, daß die Frage der Aufnahme eines Geisteskranken in eine Irrenanstalt, seine Behandlung und Entlassung ausschließlich dem öffentlichen Recht angehört, und daß der Rechtsweg an sich daher unzulässig war. Das Gericht beschränkt sich darauf, die Prozeßfähigkeit des Antragstellers zu prüfen, und weist die Entlassungsklage ab, weil der Antragsteller infolge von Geisteskrankheit im Sinne des § 104 Ziffer 2 BGB. prozeßunfähig sei. In der schriftlichen Urteilsbegründung heißt es: Der Antrag war hiernach, da es an einer wesentlichen Prozeßvoraussetzung fehlte, von vornherein abzuweisen, ohne daß es eines Eingehens auf den Antrag selbst und darauf bedurfte, ob nicht die den Gegenstand des Rechtsstreites bildenden Fragen dem öffentlichen Recht angehören und der ordentliche Rechtsweg deshalb unzulässig ist. Vier Wochen später findet vor dem Landgericht die Verhandlung der zweiten Klage statt: Zulassung des Anwalts zu dem Kranken. Das Landgericht weist die Klage ab, weil der Antragsteller als geisteskrank und nicht prozeßfähig erachtet wird.



Es hebt also die Verfügung des Amtsgerichts Charlottenburg auf, auch soweit der Kranke Antragsteller ist. Im Urteil heißt es: Es handele sich hier um einen durch das Entmündigungsverfahren zwar veranlaßten, im übrigen jedoch ganz selbständigen Rechtsstreit, um ein Einschreiten gegen jemand, der den Antragsteller in der Ausübung des ihm angeblich zustehenden Rechts auf freie Willensbetätigung hindert. Für diesen Rechtsstreit müssen die allgemeinen Regeln des Prozeßrechts gelten. Mithin hatte das Prozeßgericht vom Amts wegen zu prüfen, ob die Parteien prozeßfähig sind (§ 56 der ZPO.).

Nun spricht allerdings im allgemeinen eine tatsächliche Verfügung dafür, daß, wer im Verkehrsleben steht, geistig gesund und prozeßfähig sein wird. Hier aber ist der Antragsteller auf formell ordnungmäßigem Wege in eine Irrenanstalt aufgenommen. mithin kann ihm eine tatsächliche Vermutung dafür, daß er geistig gesund ist, nicht zur Seite stehen. Prozeßunfähig ist, wer geschäftsunfähig ist. Geschäftsunfähig ist aber, wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet. Der Rechtsweg sei für bürgerliche Rechtsstreitigkeiten gegeben (§ 13 des Gerichtsverfassungsgesetzes). Eine bürgerliche Rechtsstreitigkeit liegt vor, wenn sie um das Rechtsgut und die individuelle Rechtssphäre eines einzelnen geht oder auf privatrechtlicher Grundlage beruht, im Gegensatz zu einem Streit, der von einem Gegenstand des öffentlichen Interesses, des Gemeinwohls handelt.

Bald darauf wird der Kranke erneut unter vorläufige Vormundschaft gestellt nach persönlicher Vernehmung durch den Richter, unter Hinzuziehung von zwei psychiatrischen Sachverständigen. Auf Grund der ausgesprochenen Vormundschaft erledigt sich dann von selbst vor dem Kammergericht die Klage auf Entlassung des Kranken und Zulassung des Rechtsanwalts, um so mehr, da der Vormund des Kranken seine Einwilligung zu jeglicher Prozeßführung für sein Mündel versagt.

M. H., für die Irrenanstalten sind ausschließlich die Vorschriften der Ministerialanweisung maßgebend. Absatz 4 des § 10 dieser Anweisung lautet:

„Beantragt ein volljähriger Kranker, der weder entmündigt noch unter vorläufige Vormundschaft gestellt ist, schriftlich seine Entlassung, so hat der Vorstand der Anstalt, wenn er dem Antrage nicht stattgeben will, den Antrag unter Darlegung der für die Ablehnung maßgebenden Gründe unverzüglich dem für die Stellung des Entmündigungsantrages zuständigen Ersten Staatsanwalt mitzuteilen."

Es ist also in unserem Falle einem Anwalt gelungen, ungeachtet der klaren Bestimmungen der Ministerialanweisung ein Amtsgericht zu einstweiligen Verfügungen zu veranlassen und ein Streitverfahren über Zulassung eines Anwalts und Entlassung eines Geisteskranken aus der Irrenanstalt bei den Zivilgerichten anhängig zu machen. Die Gerichte



haben sich für ein derartiges Prozeßverfahren als zuständig erklärt; mit welchem Rechte, werden Ihnen die Ausführungen des Herrn Dr. *Werthauer* zeigen.

Ich möchte meine Mitteilungen nicht schließen, ohne besonders hervorzuheben, daß es mir fern liegt, die Grundsätze der Humanität und Toleranz, auf denen seit vielen Jahrzehnten die Anstaltbehandlung beruht, nur in der geringsten Weise erschüttern zu wollen. Wir wollen aus den modernen Irrenanstalten keine Zwingburgen machen, welche gegen die Außenwelt abgeschlossen und nicht eingenommen werden können. Die uns anvertrauten Kranken sollen, soweit nicht ärztliche Bedenken dem entgegenstehen, nach wie vor Gelegenheit haben, ihre Beschwerden in weitestem Maße den Behörden zur Kenntnis zu bringen, sollen nach wie vor sich einen juristischen Beistand erwählen dürfen, wenn sie sich für unrechtmäßig interniert halten, oder wenn gegen sie eine vorläufige Vormundschaft oder das Entmündigungsverfahren beantragt worden ist. Wir wollen sogar in manchen Fällen über die bestehenden Vorschriften hinausgehen und in großzügigster Weise unsern Kranken die Wahrung ihrer wirklichen oder vermeintlichen Rechte zugestehen, wir müssen aber andererseits auf Grund der bestehenden Anweisungen und Gesetze in der Lage sein, unsere Kranken vor Schädigungen bewahren zu können, um gegebenenfalles Persönlichkeiten von ihnen fernzuhalten, welche in unverständiger Weise oder böswillig mit ihren Interessen ein frivoles Spiel treiben.

2. Dr. jur. *Werthauer*: Die rechtliche Stellung der in Irrenanstalten internierten gemeingefährlich Geisteskranken ist auf historisch-politischer Grundlage geordnet, welche aus der früheren Organisation des Staates hervorgegangen ist, deshalb zum Teil der Konstruktion moderner Gesetzgebung nicht mehr entspricht und aus diesem Grunde dem Theoretiker und Praktiker vielfach nicht geläufig ist. Hinzu kommt, daß das Streben nach Trennung der Verwaltung von der Rechtspflege und nach Umkleidung behördlicher Anordnungen mit verwaltungsrechtlichen Schutzmaßregeln nach Einführung von Verfassungen in den einzelnen Ländern immer mehr hervortritt und deshalb frühere Vorschriften zur Regelung gewisser Zustände in Tragweite und Inhalt teils in Vergessenheit geraten sind, teils nicht immer verstanden werden und daher vielfachen Anfeindungen ausgesetzt sind. Zunächst wird auf dem hier fraglichen Gebiet übersehen, daß das staatliche und gesellschaftliche Zusammensein von Menschen oft eine schleunige Hilfe durch die Staatsgewalt erfordert und deshalb alle jene Garantien, welche gegen staatliches Eingreifen sonst berechtigt sein mögen, mit Fug hier unmöglich sind, weil einerseits ein gewisser Grad von Vertrauen zu der Staatsbehörde, d. h. zu dem eigenen Staate, in diesen äußersten Grenzfällen nötig ist und andererseits die Natur so vielgestaltig in das Leben eingreift, daß es unmöglich ist, für jeden Fall von vornherein stets schützende Rechtsgarantien aufzustellen.



In dies Gebiet des selbständigen sofortigen Eingreifens der staatlichen Exekutive gehörte von jeher der Schutz gegen Epidemien, drohende Seuchen, die sofortige Isolierung von Kranken und die sichere Verwahrung bei plötzlich eintretender Geisteskrankheit. Es gibt keinen zivilisierten Staat, in welchem nicht eine derartige Befugnis dem Staate zustände, und es wird nie einen solchen geben, in welchem bei plötzlich eintretender Geisteskrankheit abgewartet werden dürfte, daß etwa in Form eines Zivilprozesses die Krankheit festgestellt und dann die Internierung beschlossen werde. Auch die schleunigsten Arten des Zivilprozesses, wie einstweilige Verfügung, Arrest, summarisches Verfahren, und was immer die modernen Prozeßordnungen hierüber enthalten, sind unbrauchbar gegenüber den Gefahren, die eine hereinbrechende Seuche oder ein ausbrechender Wahnsinn der Allgemeinheit bieten. Es bleibt stets nur übrig, die staatliche Verwaltungsmacht mit der Befugnis zu versehen, in solchen Fällen sofort einzugreifen und höchstens nachher dem Gericht oder sonstigen Organen die Bestätigung oder Aufhebung der Maßregel zu über lassen.

Schon diese allgemeine Erwägung ist in sehr vielen Fällen nicht beachtet worden, es ist in schriftstellerischen Abhandlungen das Gegenteil ausgeführt und insbesondere das Eingreifen eines Zivilprozeßgerichts oder des Entmündigungsgerichts verlangt, ehe jemand einer Anstalt überwiesen werden solle.

Aus diesem Grunde wird in der Presse oft behauptet, das Verfahren betr. die Unterbringung von Geisteskranken sei gesetzlich bei uns nicht völlig geregelt, es liege eine sogenannte Lücke in der Gesetzgebung vor, und was dergl. Dinge mehr sind. Dies ist absolut unrichtig. Unsere Gesetzgebung bietet in dieser Beziehung keine Auslassung. Es ist auf das eingehendste und sorgfältigste durch die Gesetze selbst die hier fragliche Angelegenheit geregelt. Es sind die Gesetze durch Ausführungsanweisungen ergänzt. Es sind nur oft beide denen nicht bekannt oder geläufig, welche eine Lücke in der Gesetzgebung konstatieren.

Die hier in Betracht kommenden Bestimmungen sind folgende: Nach der Verfassungsurkunde für den Preußischen Staat vom 31. Januar 1850, Art. 5, ist die persönliche Freiheit gesetzlich gewährleistet, indem die Bedingungen und die Formen, unter welchen eine Beschränkung derselben zulässig ist, durch Gesetz bestimmt werden müssen.

Es wird nun oft in juristischen Gutachten, Schriftsätzen und Abhandlungen behauptet, daß mangels diesbezüglicher g e s e t z l i c h e r Bestimmungen die Einsperrung in eine Irrenanstalt unter allen Umständen objektive Freiheitsberaubung sei. Insbesondere hat ein Entmündigungsrichter des Königlichen Amtsgerichts Marburg, Geh. Justizrat *Boxberger*, eine Reihe von Artikeln in der Zeitschrift „Das Recht" veröffentlicht, auch in einer konkreten Sache einen Beschluß gefaßt, durch den er tatsächlich feststellt, daß die Unterbringung in einer Irrenanstalt ob-

jektive Freiheitsberaubung sei, so daß „nur noch zu untersuchen sei, ob auch die subjektiven Voraussetzungen vorliegen“.

Diese An- und Ausführungen sind völlig gegenstandlos. Das allgemein gewährleistete Recht der „Freiheit“ ist im Einzelfall begrifflich nur denkbar, wenn gewisse Einschränkungen dem Begriff selbst erst Bedeutung verleihen, ebenso wie das Eigentum an einem Baugrundstück niemals die Freiheit gibt, darauf aufs Geratewohl Bauten auszuführen, weil die Freiheit des Eigentümers gewährleistet sei. Die Ausführung, daß wenigstens objektiv der Tatbestand der Freiheitsberaubung vorliege, ist ebenso abwegig, als wenn man von einem Operateur, welcher eine Fingeramputation vornimmt, ausführen wollte, es liege wenigstens der objektive Tatbestand der Körperverletzung vor. Der Tatbestand eines Strafgesetzes, wie der der Freiheitsberaubung, liegt entweder vor, indem alle Tatbestandmerkmale gegeben sind, oder er liegt überhaupt nicht vor, wenn ein solches fehlt. Das Vorliegen einiger Tatbestandmerkmale ist niemals identisch mit dem Vorliegen eines Teiles des Strafdeliktes. Das Vorliegen einzelner Tatbestandmerkmale ist vollständig gleichgültig, da nur das Zusammentreffen der tatsächlichen Ereignisse, welche den Tatbestand ausmachen, eine Handlung strafbar machen.

Das preußische Gesetz, welches die Verfassung vorsieht, und welches das Recht zur Beschränkung der Freiheit mit Rücksicht auf die allgemeine Sicherheit gegenüber gemeingefährlich Geisteskranken gibt, ist am 11. März 1850 erlassen. Es ist das Gesetz über die Polizeiverwaltung. Es beruht auf der Erwägung, daß in einem geordneten Staatswesen fortgesetzt plötzliche Ereignisse auftreten, bei denen ein zielbewußtes Eingreifen der Staatsgewalt notwendig ist, bezüglich deren es widersinnig wäre, erst einen Rechtsstreit in der Form eines Prozesses darüber zuzulassen, ob die Voraussetzungen des Eingreifens gegeben sind, da durch derartige Zögerungen der Schaden in der Regel sich vergrößert, um dessen Verhütung es sich handelt. In dem § 5 dieses preußischen Gesetzes über die Polizeiverwaltung vom 11. März 1850 ist ausdrücklich bestimmt, daß die mit der örtlichen Polizeiverwaltung betrauten Behörden befugt sind, ortspolizeiliche Vorschriften zu erlassen. Im § 6 ist gesagt, daß zu den Gegenständen der ortspolizeilichen Vorschriften der Schutz der Person und des Eigentums gehört. Nach § 11, 12, 13 a. a. O. in Verbindung mit den §§ 136, 138 des Landesverwaltungsgesetzes, hat eventuell die Ministerialinstanz diese Anordnungen zu treffen. Dieselben sind Ausfluß der gesetzlichen Legislative, welche durch das gedachte Gesetz den Regierungsbehörden übertragen ist. Diese Eingriffe in die Freiheit des einzelnen bewegen sich deshalb durchaus im Rahmen des Artikels 5 der preußischen Verfassung mit Rücksicht auf ihre durch das Gesetz garantierte Anordnung und Regelung.

Nicht hierher gehört das an dieser Stelle, insbesondere auch von Schriftstellern wie *Boxberger*, in Verkennung der Rechtslage zitierte Ge-



setz vom 12. Februar 1850, welches zum Schutz der persönlichen Freiheit erlassen ist. Dieses bestimmt über das Eingreifen der Verwaltungsbehörden aus politischen oder verwaltungsrechtlichen Gründen und gestattet z. B. die Sistierung politisch verdächtiger Personen bei Anwesenheit fremder Souveräne auf einen Tag und dergl. Es betrifft den Eingriff aus politischen Gründen. Dagegen ist der Sitz der gesetzgeberischen Materie für Maßregeln gegen Störungen von Eigentum und Personen das Gesetz vom 11. März 1850.

Auf Grund dieser Bestimmungen sind nun für öffentliche und atepriv Irrenanstalten eine große Anzahl von Verordnungen ergangen, die ihre Ergänzung finden in dem Gesetz über die Bestellung von Kreisärzten, in deren Dienstanweisungen, in den Bestimmungen über die Erteilung der Konzession für Privatanstalten nach der Gewerbeordnung und ähnlichen Vorschriften. Hier interessiert, soweit es sich um die Aufnahme, Behandlung und Entlassung von Geisteskranken handelt, im wesentlichen nur die gemeinschaftlich erlassene Verfügung des Justizministers, des Ministers der Medizinalangelegenheiten und des Ministers des Innern, betreffend den Erlaß einer Anweisung über Unterbringung in Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten, vom 26. März 1901. Diese Verfügung richtet sich an die Regierungspräsidenten und den Polizeipräsidenten von Berlin, damit diese Sorge dafür tragen, daß die Anweisung bei allen Privatanstalten des Bezirks an Stelle der früheren Anweisung vom 20. September 1895 zur Anwendung gelange. Im § 1 und 4 ist Bestimmung getroffen über die Voraussetzungen zur Aufnahme in eine Anstalt. Im § 10 ist von der Entlassung und im § 5 von der Behandlung der Kranken die Rede. Diese Bestimmung steht im engen Zusammenhang mit dem Gesetz über die Bestellung von Kreisärzten und deren Dienstanweisung. Es mag deshalb in dieser Beziehung darauf hingewiesen sein, daß durch das Gesetz vom 16. September 1899 Kreisärzte angestellt sind und gemäß § 2 zu deren Befugnissen auch die Vorsorge für alle Krankenangelegenheiten ihres Bezirkes gehört, dieselben auch verpflichtet erscheinen, von Amts wegen dafür Sorge zu tragen, daß eventuell die Organe des Staates eingreifen, das ist im vorliegenden Falle der Regierungspräsident, unter welchem der Kreisarzt steht, und die demselben untergeordneten Polizeiorgane. Nach den §§ 1 und 4 der Verfügung vom 26. März 1901 erfolgt die Aufnahme, wenn ein Kreisarztattest oder ein gleichgestelltes Attest vorliegt, nach § 4, wenn in dringenden Fällen das Attest eines approbierten Arztes vorliegt, das innerhalb vier Tagen durch ein Kreisarztattest zu verifizieren ist. Bei Entmündigten hat nach allgemein rechtlichen Grundsätzen natürlich der gesetzliche Vertreter den Aufenthaltsort zu bestimmen, ebenso wie Selbständige den eigenen Aufenthalt bestimmen können. Der gesetzliche Vertreter und der selbständige Kranke können auch in dem geschlossenen Teil einer Irrenanstalt den Aufenthalt wählen, es ist aber auch für diesen Fall gemäß § 6 und 15 ff. eine ein-

gehende Anweisung über Aufnahme, Behandlung und Entlassung erfolgt. Zu der Behandlung gehört insbesondere auch die Bestimmung der Art des Aufenthaltes, zu letzterer wiederum die Isolierung, und zu dieser der Verkehr mit der Außenwelt durch Besuche, Rücksprachen, brieflichen und ähnlichen Verkehr. Die zur Einhaltung der vorstehenden Vorschriften bestimmten Garantien bestehen darin, daß gewissen Behörden von der Aufnahme Mitteilung zu machen ist, andere Behörden Revisionen der Anstalten vorzunehmen haben und die Anstalten der jederzeitigen Aufsicht von Behörden unterliegen.

Diese Ministerialverfügung ist speziell für die geschlossenen Abteilungen von Privatanstalten gegeben, es bestehen aber genau entsprechende Bestimmungen für die geschlossenen Abteilungen öffentlicher Anstalten bzw. geschlossene öffentliche Unternehmungen. Der Unterschied in der Aufnahme, Behandlung und Entlassung ist deshalb kein wesentlich davon abhängiger, ob die in Frage kommende Anstalt durch einen öffentlichen Rechtsverband gegründet oder unterhalten ist, oder ob ein Privatmann gemäß der Reichsgewerbeordnung eine Konzession zum Betriebe erhalten hat und daraufhin die Anstalt betreibt. Es darf deshalb die Frage nach der Rechtslage des einzelnen Individuums, das in einer Anstalt ist, nicht entschieden werden oder auch nur in Verbindung gebracht werden mit der Frage, ob die Anstalt auf öffentlicher oder privater Grundlage organisiert ist, es ist vielmehr die Stellung des Anstaltleiters der öffentlichen und der Privatanstalt gegenüber dem Kranken bzw. dessen Vertreter in allen ihren Konsequenzen rechtlich grundsätzlich nach den gleichen Vorschriften geordnet und zu beurteilen.

Die tatsächliche, nicht die rechtliche Unterbringung geschieht entweder gemäß dem insoweit noch vorhandenen Willen des Kranken oder auch ohne dessen Willen durch Hingeleitung, oder auch wider dessen Willen durch äußeren Zwang, mag dieser Zwang ausgeübt werden durch Privatpersonen oder durch die dazu berufenen Polizeiorgane. Der Unterschied, wer die Aufnahme veranlaßt hat, ist für die Entscheidung der in Betracht kommenden Frage der rechtlichen Behandlung gleichgültig. Dies mag besonders hervorgehoben werden gegenüber einer Entscheidung des Königlichen Landgerichts III Berlin Z.-K. 21 vom 4. Oktober 1911, in welcher die diesbezügliche Klage eines Kranken zwar wegen dessen Prozeßunfähigkeit abgewiesen ist, aber, ohne daß ein äußerer Grund dazu zwang, doch Ausführungen gemacht sind, welche darauf hinauslaufen, daß es einen Unterschied mache, ob auf private oder polizeiliche Veranlassung die Aufnahme erfolgt sei. Dieser Unterschied ist gesetzlich unbegründet. Der hier in Betracht gezogene tatsächliche Konsens des Kranken ist kein rechtlich in Betracht kommender Wille, sondern eine in nicht genauer Verwendung des Wortes gebrauchte Bezeichnung für eine Seelenregung, die keineswegs einem rechtlich in Betracht zu ziehenden Willen gleichkommt. Es ist bei einem

Geisteskranken unerheblich, ob derselbe selbst in die Anstalt „will" oder nicht, denn auch das erstere würde, wenn Anstaltbedürftigkeit nicht vorliegt, die Unterbringung nicht rechtfertigen, während der mangelnde Wille oder der Zwang auf den Willen die Aufnahme nicht hindert, wenn deren Voraussetzungen vorliegen. In das reine Gebiet der Tatsachen gehört auch, ob die Initiative auf Privatpersonen zurückzuführen ist, die nicht gesetzliche Vertreter sind, mögen diese direkt oder durch Anrufen der Polizeibehörde die Aufnahme bewirkt haben, unerheblich ist auch, ob die Polizei sie von selbst, oder auf Anlaß des Kreisarztes oder des Verwandten herbeiführte. In jedem Fall ist die Aufnahme ein Akt des Anstaltleiters, der gegenüber einem gemeingefährlichen Geisteskranken erfolgt und nur dann, aber dann auch stets erfolgen darf, wenn dessen gesetzliche Voraussetzungen vorliegen. Er ist kein Rechtsgeschäft, das zwischen Anstaltleiter und Kranken oder gesetzlichem Vertreter des Kranken geschlossen wird, soweit „die Aufnahme" erfolgt. Selbst wenn ein Privatvertrag mit irgendeinem Dritten, einer Behörde, einer unterstützungpflichtigen Vereinigung über die Aufnahme geschlossen wird, so hat dieser Vertrag nur gegenseitige zivilrechtliche Verpflichtungen zur Folge. Er hat mit dem „Akt der Aufnahme" nichts zu tun. Es ist vielmehr die Aufnahme ein Akt, dessen Vollziehung auf Grund der Gesetzgebung gewissen Personen anvertraut ist. Diese Gesetzgebung regelt den Akt der Aufnahme, indem sie dafür Normativbestimmungen gibt. Es greift hier privates Recht in seinen Folgen in das öffentliche Recht ein, wie sich dies oft findet, z. B. bei der Herstellung einer Vaterschaftsbeziehung durch Rechtsakt, nämlich Adoption, oder die Schaffung eines rechtlich anerkannten neuen Subjekts durch Gründung einer Aktiengesellschaft, oder die Vornahme staatshoheitrechtlicher Akte, welche Privatpersonen gestattet sind. Es wäre nicht einmal nötig, diese rechtliche Qualität des Aufnahmeaktes in Hinsicht auf öffentliches und privates Recht zu erörtern, da sich alle Konsequenzen, welche an den Aufnahmeakt geknüpft sind, ohnedies direkt aus den oben angegebenen Rechtsquellen regeln, so daß es der analogen Begründung zur Entscheidung etwaiger Zweifelsfragen gar nicht bedarf. Es ist aber die vorstehende Erörterung angeführt, weil fortgesetzt von Schriftstellern mangels richtiger Rechtsqualifizierung der Aufnahme unrichtige Meinungen aus der angeblichen Vertragsnatur der Privataufnahme aufgestellt werden. Ganz deutlich zeigt sich der Rechtsfehler, welcher aus dem Durcheinanderbringen des zivilrechtlichen Vertrages mit dem Rechtsakt der Aufnahme folgt, in den Entscheidungsgründen des oben erwähnten Urteils vom 4. Oktober 1911, obwohl schon das Gegenüberstellen der Personen des Pflegschaftsvertrages gegenüber den zur Aufnahme nur interessierten Personen vor solcher Verwechselung hätte bewahren müssen.

Die Erörterung der Rechtsnatur des Aufnahmeaktes ist von grundlegendem Nutzen ferner in den neueren Prozessen, in welchen ein aufgenommener, nicht entmündigter, großjähriger Geisteskranker gegen seine



eigene Aufnahme bei den Zivilprozeßgerichten eine Klage auf Entlassung nebst dazu gehörigem Antrag auf Erlaß einer diesbezüglichen einstweiligen Verfügung erhebt. In früherer Zeit ist kaum ein derartiger Versuch gemacht worden, weil man früher den historisch gewordenen Rechtsquellen näherstand, und ein Mißverständnis der nach Gründung des Deutschen Reiches erlassenen großen Prozeßgesetzgebungswerke kaum denkbar war. Der Gebrauch der deutschen Sprache in diesen Gesetzen gegenüber den festgeprägten technischen Begriffen der früheren Praxis, die dadurch mit bewirkte etwas verschwommene Sprechweise, welche zu Mißverständnissen dem historisch nicht Vorgebildeten Anlaß gibt, das allmähliche Verbleichen der strikten Konstruktion des alten Rechts, haben in der letzten Zeit wiederholt dazu geführt, daß derartige prozeßwidrige Versuche unternommen worden sind, um auf Grund der neueren allgemeinen Prozeßgesetze unter völliger Verleugnung der historisch gewordenen Spezialgesetzgebung auf dem hier fraglichen Gebiete mit Hilfe von Zivilprozeßanträgen vorzugehen. Es sind namentlich im letzten Jahre solche Prozesse in der Presse wiederholt erörtert worden, indem auch zugleich fast stets trotz der klar hier vorliegenden, wenn auch nicht jedem geläufigen Gesetzgebung von einer angeblichen „Lücke" in der Gesetzgebung gesprochen wurde. Die Prozesse sind nicht immer und nicht sofort richtig entschieden worden, ja auch die schließlichen zutreffenden Urteile sind nicht immer mit richtigen Entscheidungsgründen versehen worden. Zwar sagt das Empfinden meist schon dem Juristen, daß ein derartiges Eingreifen rechtlich unmöglich ist, doch fehlt oft das Vertrautsein mit den etwas abseits liegenden Rechtsquellen. Es mag deshalb folgendes ausgeführt sein.

Nach § 13 des Gerichtsverfassungsgesetzes gehören bürgerliche Rechtsstreitigkeiten vor die ordentlichen Gerichte. Hierdurch soll die Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte, soweit bürgerliche Rechtsstreitigkeiten vorliegen, sichergestellt werden, da vor Erlaß dieser Bestimmungen eine Reihe von Sondergerichten, wie z. B. adlige Gerichte, Patrimonialge ichte, und dergl. existierten, deren Jurisdiktion soweit nicht aufrecht erhalten, abgeschafft werden sollten. Die Bestimmung enthält aber nichts darüber, was eine bürgerliche Rechtsstreitigkeit ist. Den Gegensatz zur bürgerlichen bildet die öffentliche Rechtsstreitigkeit, und die Grenze beider hat die Landesgesetzgebung der Einzelstaaten bestimmt. Es würde ein Eingriff in die Landeshoheit sein, wenn die deutsche Reichsgesetzgebung das Gebiet der bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten bestimmt hätte, weil sie dadurch indirekt Sachen des öffentlichen Rechtes der Einzelstaaten hätte anders ordnen können, als der Einzelstaat kraft seiner Souveränität dies will. Es ist natürlich für die deutsche Reichsgesetzgebung möglich, solche Bestimmungen zu treffen; sie hat es aber absichtlich bisher vermieden, und weil sie es nicht getan hat, bestimmen die Landesgesetze, was öffentlichen Rechtes ist.

In Preußen speziell ist öffentlichen Rechtes alles, was in irgendeiner Beziehung der öffentlichen Ordnung überlassen ist; privates Recht sind nur die Rechtsbeziehungen der einzelnen auf zivilrechtlichem Gebiete. Danach gibt es ein großes Gebiet von Grenzfällen, in welchen öffentliches und privates Recht sich mischen. Für diese sind grundlegende Gesetze geschaffen, die darin gipfeln, daß alle diese Gebiete als Zivilrecht nur zu erachten sind, soweit der Rechtsweg eigens zugelassen ist, da das öffentliche Recht der Disposition von Zivilparteien auch nicht indirekt überlassen werden soll. Es ist deshalb aus dem § 13 der Gerichtsverfassung für die hier fragliche Angelegenheit ebensowenig etwas zu gewinnen, als aus der oben erwähnten Bestimmung der preußischen Verfassung. Es muß vielmehr die Frage, ob öffentliches Recht vorliegt, und damit die Frage der Zulässigkeit des Rechtsweges entschieden werden allein auf Grund der Gesetzgebung des Preußischen Staates über öffentliches Recht. und dies bestimmt in den oben angegebenen Gesetzen und Anweisungen auf Grund öffentlichen Rechts, wie die Aufnahme, Behandlung und Entlassung gemeingefährlich Geisteskranker erfolgen solle, so daß der Rechtsweg hierüber unzulässig ist. Aus diesem Grunde kann niemals ein Zivilgericht zur Entscheidung dieser Angelegenheiten in Streitfällen herangezogen werden. Die diesbezüglichen Eingaben der Interessenten haben sich vielmehr zu beschränken auf Anträge bei der zuständigen Staatsanwaltschaft, welche auch nicht als Strafgerichtsbehörde, sondern als Verwaltungsbehörde tätig wird, und auf Anträge von Behörden, welche den öffentlichen und Privatanstalten übergeordnet sind.

Zur Vermeidung von Mißverständnissen mag noch hervorgehoben werden, daß diese Erwägungen für diejenigen großjährigen, nicht entmündigten, geisteskranken Personen, welche wegen Gemeingefährlichkeit in öffentliche oder Privatanstalten aufgenommen sind, Geltung haben. Sie beziehen sich auch auf andere Personen, wenn und soweit sie wegen Gemeingefährlichkeit in die Anstalt gekommen sind; es treten bei diesen, wie namentlich Entmündigten, Minderjährigen, auf Grund behördlicher Anordnung der gesetzlichen Vertreter in Anstalten Aufgenommenen aber noch andere Bestimmungen in die Erscheinung, welche hier nicht in Betracht kommen.

Ebenso treten für Personen, die auf Antrag von Strafbehörden oder Polizeibehörden in Anstalten untergebracht sind, noch anderweite erschwerende Bestimmungen in Kraft, die gleichfalls nicht in den Rahmen der hier zu erörternden Fragen gehören.

Ebenso mag noch darauf hingewiesen werden, daß häufig in Abhandlungen und Prozeßschriften Bestimmungen aus anderen rechtlichen Gebieten dazu benutzt werden, um eine Lösung der hier aufgeworfenen Fragen zu suchen. Insbesondere wird das Verfahren betreffend die Entmündigung, die vorläufige Vormundschaft einer großjährigen Person herangezogen; durchaus zu Unrecht. An sich gehören auch diese Ange-



legenheiten natürlich dem öffentlichen Recht an. Es würden also auch hierfür niemals Zivilgerichte zuständig sein. Gerade deshalb hat die deutsche Reichsgesetzgebung durch die deutsche Reichszivilprozeßordnung eine positive Bestimmung dahin getroffen, daß diese Verfahrensarten den Zivilgerichten besonders übertragen werden, um eine Einheitlichkeit für Deutschland zu schaffen. Diese Bestimmungen waren nötig, weil sonst die Gerichte nicht zuständig gewesen wären. Um diese Verfahren dem Zivilprozeß ähnlich zu machen, bedurfte es einer ganzen Reihe besonderer Vorschriften, da in den Rahmen des Zivilverfahrens ein Entmündigungsverfahren nicht paßt. Die Vorschriften waren möglich, weil es sich um Untersuchung und Entscheidung von Zuständen handelt. Das erste Stadium des Entmündigungsverfahrens ist dem Amtsgericht übertragen. Der zu Entmündigende ist dabei reines Objekt des Verfahrens, nicht etwa Prozeßpartei. Er kann deshalb niemals einen „Prozeßbevollmächtigten" bestellen. Er kann sich nach der Judikatur eines Beistandes bedienen. Dieser Beistand hat nur das Recht, gehört zu werden. Die Quellen, aus denen er seine Kenntnis nimmt, sind ihm überlassen. Er kann Urkunden und Akten eventuell einsehen, er kann Rücksprachen mit Dritten und dem zu Entmündigenden halten, soweit dies angängig ist; er kann aber niemals deshalb, weil er zum Beistand bestellt ist, etwa seinerseits verlangen, daß er zu dem internierten Kranken zugelassen wird, wenn nach gewissenhafter Ansicht des Anstaltleiters die Zulassung aus medizinischen Gründen nicht zulässig ist. Er muß dann die Quellen für seine Äußerung anderweit sich suchen.

Nachdem der Entmündigungsbeschluß erlassen ist, gibt es eine Anfechtungsklage. Diese Klage ist in den direkten Formen eines Prozesses dahin geordnet, daß der Entmündigte als Kläger fingiert wird, der Staatsanwalt als Beklagter. Hier zeigt sich deutlich, daß es sich um künstliche Konstruktionen handelt, indem ein Gegenstand des öffentlichen Rechtes dem Zivilgericht übertragen ist. Innerhalb dieser beiden Parteien kann das Gericht vorläufige Verfügungen treffen, die aber selbstverständlich den Anstaltleiter nichts angehen. So wie das Kind gegen die Eltern unter Umständen Prozesse führen kann, indem ein Pfleger ihm bestellt wird, ebenso kann endlich ein Vormundschaftsgericht einem Entmündigten einen Pfleger bestellen, und dieser Pfleger kann gegen den Vormund zivilprozessuale Anträge auf Freilassung und dergleichen stellen. Dringt er damit durch, so ist der Vormund verpflichtet, diesbezügliche Anträge dem Anstaltleiter zu unterbreiten. Dieser hat aber denselben nur insoweit zu entsprechen, als nicht etwa auf Grund der oben ausführlich erörterten Bestimmung über die Aufnahme und Entlassung gemeingefährlicher Geisteskranker nach seinem eigenen medizinischen pflichtgemäßen Ermessen Hinderungsgründe entgegenstehen. Soweit die Aufnahme auf Grund der Anordnung eines gesetzlichen Vertreters in Betracht kommt, hat er, soweit nicht Gemeingefährlichkeit dem entgegensteht,



den diesbezüglichen Anträgen natürlich zu entsprechen. Es ist deshalb aus diesen Bestimmungen der Zivilprozeßordnung über das Entmündigungsverfahren für die hier vorliegende Frage der Aufnahme, Entlassung und Behandlung großjähriger, nicht entmündigter Personen überhaupt nichts zu entnehmen.

Ebenso unerheblich für die vorliegende Frage sind die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit der Zivilprozeßordnung, welche die Geschäftsfähigkeit, Prozeßfähigkeit regeln, und die Ausführungen, welche aus dem Rechte der Persönlichkeit, dem Recht auf persönliche Freiheit und dergleichen in meist mehr allgemein gehaltenen Redewendungen entnommen werden, wie sie insbesondere ein Gutachten des Professors Dr. *Kohler* heranzieht. Es ist richtig, daß nicht jeder Geisteskranke willensunfähig ist. Wer aber so geisteskrank ist, daß er im Sinne des Bürgerlichen Rechts als willensunfähig zu erachten ist, ist eben nicht geschäftsfähig, und wer nicht geschäftsfähig ist, ist auch nicht prozeßfähig. Die gerichtlichen Entscheidungen haben dies durchweg trotz des *Kohler*schen Gutachtens glatt anerkannt; es ist ferner davon gesprochen worden, daß aus dem Recht der Persönlichkeit trotz mangelnder Geschäftsfähigkeit ein Klageantrag auf Entlassung gestellt werden könnte, weil ja gerade der Geisteskranke den besonders energischen „Willen" habe, aus der Anstalt entlassen zu werden und dieser Wille insoweit Geschäftsfähigkeit mit sich bringt. Auf die Unrichtigkeit dieses sich im Kreise drehenden Gedankenganges einzugehen, verlohnt nicht; der krankhafte Wille wird eben, wenn er zu solcher Steigerung gelangt ist, daß eine Geschäftsfähigkeit nicht mehr im Sinne des Gesetzes vorliegt, überhaupt im Rechtswege nicht mehr beachtet, er ist kein „Rechtswille". Auch die Erwägung, daß die Entlassung, die so sehr dem Willen des Kranken entspräche, ja außerdem eine zu seinem Vorteil gereichende Handlung sei, ist durchaus unrichtig, denn diese Entlassung würde ein tatsächlich ihn sogar schädigender Akt, übrigens überhaupt keine Rechtshandlung sein.

Ein Verwaltungsstreitverfahren ist ganz undenkbar, denn es handelt sich ja nicht um eine Polizeiverfügung, deren Rechtsgültigkeit oder Begründetheit bestritten wird, sondern um einen Aufnahme- und Festhaltungsakt, der auf Grund öffentlich rechtlicher Bestimmung von den dazu geordneten Personen, nämlich der Anstaltleitung, vorgenommen wird. Daß in dem Gutachten von *Kohler* sogar der Fehler untergelaufen ist, daß er an Stelle der gültigen Anweisung von 1901 die abgeschaffte von 1895 noch als in Geltung befindlich betrachtet, kann vielleicht nur mit der besonderen Eile erklärt werden, mit der das Gutachten abgegeben ist.

Es gibt auch sonst keine Rechtsbestimmung, welche als richtige Grundlage einer Entscheidung unterlegt werden könnte oder einer Prüfung standhält, die auf Grund der vorstehenden Erwägungen angestellt wird.



Es ist demnach völlig unzulässig, über die Frage der Aufnahme, Behandlung und Entlassung eines großjährigen, nicht entmündigten, wegen Gemeingefährlichkeit in eine öffentliche oder private Anstalt aufgenommenen Geisteskranken die Zivilgerichte anzugehen, damit sie, sei es auf Klage, sei es durch Erlaß einer einstweiligen Verfügung, irgendeine Bestimmung treffen. Wenn gleichwohl ein solcher Beschluß oder ein Urteil unzulässigerweise ergangen war, ja wenn er rechtskräftig geworden wäre, so würde doch noch in der Zwangsvollstreckungsinstanz die Unzulässigkeit des Rechtsweges geltend zu machen sein, es würde jede Behörde den Beistand zur Vollstreckung inhibieren bzw. verweigern müssen. Da die Zivilgerichte für die Entscheidung der Kernfrage unzuständig sind, so sind sie auch für die Entscheidung der Nebenfragen, wie Zulassung von Personen zum mündlichen oder schriftlichen Verkehr, unzuständig.

Wenn in den vorstehenden Ausführungen von gemeingefährlicher Geisteskrankheit gesprochen wird, so soll unter diesem abgekürzten Begriff dasselbe verstanden werden, was die gemeinsame Anweisung der Minister vom 26. März 1901 im § 12 mit den Worten ausdrückt, indem sie sagt, „ein Kranker, welcher als für sich oder für andere gefährlich oder als für die öffentliche Ordnung störend anzusehen ist". Es sei dies hervorgehoben, weil auch der Begriff der Gemeingefährlichkeit sich erst langsam in historischer Entwickelung herausgebildet hat. Ursprünglich war darunter nur verstanden der Zustand desjenigen Kranken, der etwa wie der Amokläufer auf offener Straße mit einem Messer umherläuft und die Leute anfällt. Die feinere wissenschaftliche Unterscheidung ist mit dem Fortschritt der wissenschaftlichen Bildung dazu übergegangen, als gemeingefährlichen Zustand nicht nur zu erachten eine derartige, offensichtlich zutage tretende Gefahr, sondern auch die oft viel größere Gefahr, welche in anderer Weise Unsicherheit hervorruft. In Zeiten, in denen die Browningpistole in der Form eines Taschenfeuerzeuges jederzeit mitgeführt werden kann und durch krankhaften Drang eines Gehirns mit einer einzelnen Patrone mehrere hintereinander stehende Personen tödlich durchbohrt werden können, ist auch die Voraussetzung der Gemeingefährlichkeit in psychiatrischer Hinsicht nicht nach den Erfahrungen früherer Zeiten, sondern nach den furchtbaren Wirkungen der jetzigen gesteigerten Technik zu beurteilen. Es ist weiter anerkannten Rechtes, daß eine Gemeingefährlichkeit auch in der eigenen Gefährdung liegen kann. Wer selbst jeden Augenblick bereit ist, aus irgendwelchem unbedeutenden Anlaß infolge geistiger Erkrankung sich zum Fenster hinauszustürzen, nimmt auch nicht Rücksicht darauf, daß unten andere vorbeigehen, die er tödlich treffen kann. Es füllt deshalb auch die Gefährdung der eigenen Person durch Selbstmordgedanken und dergleichen den Tatbestand der gemeingefährlichen Erkrankung aus. Genau ebenso bildet die Störung der öffentlichen Ordnung eine allgemeine Gefahr, indem die

Anerkennung und Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung auch im sozialen Leben der einzelnen erforderlich ist, um überhaupt ein geordnetes Staatswesen aufrecht zu erhalten. Es entspricht deshalb die erläuternde Umschreibung, wie sie vorstehend im § 12 gegeben ist, den wissenschaftlich technischen Anforderungen des Tatbestandmerkmals der Gemeingefährlichkeit.

Wenn in vorstehenden Ausführungen eine große Selbständigkeit den Dispositionen eines Anstaltleiters vindiziert ist, so wird deren rechtliche Bedeutung in keiner Weise dadurch beeinträchtigt, daß es Rechtsmittel gegen diese Dispositionen gibt, für welche übergeordnete Behörden zuständig sind. Es ist zum Beispiel in dem § 10 erwähnt, daß, wenn ein volljähriger, nicht entmündigter Kranker seine Entlassung beantragt, der Anstaltvorstand diesen Antrag der Staatsanwaltschaft weiterzugeben hat, die nunmehr über dieses Rechtsmittel Entscheidung zu treffen hat. Die Stellung dieser übergeordneten Behörde gegenüber der vorhergehenden Entscheidung des Anstaltleiters ist durchaus kein Indiz dafür, daß der Anstaltleiter nicht selbst entscheidende Dispositionen getroffen hat, denn in allen Fällen, in welchen gegen eine Entscheidung Appellation möglich ist, geht die Entscheidung der oberen Behörde der Vorentscheidung vor und hebt diese auf; diese besteht aber gerade bis zu dem Augenblick der Aufhebung, und eine zeitliche Beendigung hat nichts mit der qualitativen Kraft zu tun. Ebenso beruht auf demselben Gedanken die Vorschrift der §§ 4, 11 und 12 der Anweisung.

Zutreffend ist die Ausführung, daß es nach den gegenwärtigen gesetzlichen Grundlagen nicht möglich ist, einen Kranken, der nur zu Heilungszwecken der Anstaltpflege bedürftig ist, wider seinen Willen dieser Heilung zu unterwerfen. Es könnte von einer künftigen Gesetzgebung gefordert werden, daß vielleicht auch eine solche Bestimmung Gesetz würde. Eine Notwendigkeit hierfür ist nicht anzuerkennen, denn es ist auch sonst bisher in dem geltenden Rechte nirgends vorgesehen, daß jemand, dessen Heilung für ihn selbst wünschenswert ist, wider seinen Willen zur Heilung gezwungen werden kann. Soweit eine Ausnahme für Trinker, für Mitglieder von Krankenkassen und dergleichen getroffen ist, ist die Bestimmung deshalb aufgehoben, weil im Interesse der Allgemeinheit die Heilung des betreffenden Individuums erforderlich erscheint, nicht weil im Interesse des Individuums selbst es wünschenswert ist. Von diesem Gesichtspunkte aus aber wird, wenn eine Geisteskrankheit die Allgemeinheit gefährdet, voraussichtlich auch schon auf Grund der gegenwärtigen Bestimmungen die Internierung gefordert werden können, wobei dann zugleich auch der Heilungsprozeß mit berücksichtigt werden kann.

Wenn sonach die Notwendigkeit einer neuen gesetzlichen Regelung nicht anerkannt werden kann, wenn insbesondere entschieden bestritten werden muß, daß in diesen Dingen die Gesetzgebung irgend eine Lücke enthalte, so soll doch auf der anderen Seite nicht geleugnet werden, daß

aus Zweckmäßigkeitgründen es dringend wünschenswert wäre, wenn der gegenwärtige Rechtszustand durch ein einheitliches neues Gesetz kodifiziert würde. Es würde sich dabei nicht um irgendwelche Einführung neuer Bestimmungen handeln, sondern um eine klare Wiederholung der in verschiedenen gesetzgeberischen Teilen bisher bereits in Preußen geltenden Anordnungen, und es würde auch nichts im Wege stehen, dieses neue Gesetz als Reichsgesetz zu erlassen. Es würde in dieser Beziehung eine einheitliche Regelung sogar einen großen Vorzug bedeuten. Es ist bekannt, daß in einzelnen Fällen die erheblichsten Schwierigkeiten dadurch entstanden sind, daß die Anordnungen in den einzelnen Staaten verschiedenartig getroffen sind. Die Übernahme der preußischen Bestimmungen erscheint hierbei durchaus wünschenswert, weil sie dem Leben, der Praxis und dem Rechte durchaus gerecht werden. Solch neues Reichsgesetz würde im Abschnitt 1 den Begriff der anstaltbedürftigen Geisteskrankheit entwickeln und die Legitimation des Bundesrats bzw. der Staatsbehörde zum Erlaß der erforderlichen Vorschriften bei plötzlich ausbrechender Krankheit betreffend die Aufnahme, Verwahrung und Entlassung vorschreiben. Im Abschnitt 2 würden diejenigen Änderungen enthalten sein, welche für minderjährige, unter Vormundschaft gestellte Entmündigte, freiwillig Aufnahmesuchende gelten sollen, und im Abschnitt 3 würden die Garantien für die Aufnahme im Falle des Abschnittes 1 und die Rechtsmittel gegen die Anordnung betreffend die Aufnahme, Verwahrung und Entlassung enthalten sein.

Wenn schließlich eine sachliche Probe darauf gemacht werden soll, ob die vorstehend gefundenen Rechtsgrundsätze hinsichtlich der öffentlich rechtlichen Qualität der hier in Frage kommenden Dispositionen richtig ist, indem gefragt wird, ob dieselben den Anforderungen der medizinischen Wissenschaft entsprechen, so dürfte diese Frage zu bejahen sein, da auch diese Wissenschaft zu den gleichen Resultaten führt. Für den Mediziner ist es undenkbar, daß ein Amtsgericht bestimmen soll, ob der Zustand eines Kranken so ist, daß er in eine Anstalt plötzlich aufgenommen oder aus ihr entlassen werden soll, oder daß er diesen oder jenen Besuch empfangen dürfe. Nur der Mediziner kann hier entscheiden, für etwaige Beschwerden hinsichtlich einer Entscheidung ist nur eine behördliche Rechtsmittelinstanz denkbar. Es bedeutet eine Utopie, daß es im praktischen Leben vorgekommen ist, daß ein Amtsgericht einem Anstaltleiter aufgibt, bei Vermeidung einer fiskalischen Strafe von 300 Mark für jeden Fall der Zuwiderhandlung einen Mann auf seinen Antrag zu entlassen, nachdem in den Akten sich das Attest angesehener Ärzte und des Kreisarztes befindet, daß dieser Mann geisteskrank sei. Jede andere Betrachtung der Sache führt aber zu solchen unhaltbaren Konsequenzen. Die Rechtserörterungen, wie sie vorstehend gegeben sind, weisen auf die Unmöglichkeit solchen Erkenntnisses mit zwingender Sicherheit hin. Von dem Standpunkt der medizinischen Wissenschaft sind deshalb



in völliger Übereinstimmung mit juristischer Rechtsanwendung die vorstehender Ergebnisse als richtig zu erachten.

Diskussion. — *A. Leppmann*-Berlin: Der Vorredner hat uns bewiesen, daß die Unterbringung gemeingefährlicher Geisteskranker, gleichviel ob dieselbe durch Behörden oder durch Angehörige, ob in öffentlichen oder Privatanstalten stattfindet, auf gesetzlicher Grundlage steht. Das gleiche gilt aber nicht von den ungefährlichen, welche um ihrer selbst willen, namentlich zu Heilzwecken, oder um nicht zu verwahrlosen oder ausgebeutet zu werden, oder um durch Auffälligkeiten sich nicht zu kompromittieren, ihre Zukunft nicht zu gefährden, in Anstalten kommen. Für sie fehlt der gesetzliche Boden, man müßte denn den Begriff der Gemeingefährlichkeit so dehnen, wie er's nicht verdient, indem man dem Staat, der die Pflicht hat, seine Bürger vor Schaden zu bewahren, auch diesen Pflichtenkreis, die Wahrung aller Lebensinteressen des Erkrankten als eines Staatsbürgers, zuweist.

Klarer und sicherer wäre es, diese Lücke durch ein Gesetz auszufüllen, welches uns namentlich gegen solche Überraschungen schützt, wie wir sie jüngst erfahren haben, und gegen welche wir im Interesse unserer Kranken und unseres Standes raschen und sicheren Schutz haben müssen.

Der Grundzug des Gesetzes müßte dahin gehen: 1. für die Überweisung und Festhaltung in der Anstalt ist nicht die Gemeingefährlichkeit allein, nein, auch das Interesse des Kranken maßgeblich.

2. Der Anstaltaufenthalt bedingt neben der Beschränkung der Bewegungsfreiheit im allgemeinen eine Beschränkung der Besuche und des Briefverkehrs.

3. Gegen alle den Anstaltaufenthalt betreffenden Anordnungen ist ein Widerspruch nur durch Beschwerde bei der zuständigen Regierung oder durch ein Verwaltungsstreitverfahren möglich.

Dabei können die bestehenden Rechte des Vormundschafts- und Entmündigungsrichters unberührt bleiben.

Emanuel-Charlottenburg: Ich bin nicht der Ansicht des Herrn Dr. *Werthauer*, daß nach den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen die Machtbefugnis des leitenden Arztes ohne weiteres ausreicht, um einen Kranken, den er als für sich oder für andere gefährlich erachtet, gegen den Willen des gesetzlichen Vertreters des Kranken in der Anstalt zurückzuhalten. Für diesen Fall umgrenzt nämlich § 12 der Ministerialverordnung vom 26. März 1901 die Befugnis des Anstaltleiters in ganz bestimmter Weise: wird nämlich die Entlassung eines solchen Kranken gefordert, so hat lediglich die Ortspolizei des künftigen Aufenthaltsortes die Entscheidung über die Entlassung des Kranken zu treffen.

Ziehen sieht die Hauptschwierigkeit darin, daß ein gemeingefährlicher und deshalb anstaltbedürftiger und auch in einer geschlossenen



Anstalt internierter Patient noch dispositionsfähig sein kann; dann fehlt eine sichere Richtschnur für den Anstaltleiter, wie weit er befugt ist, die Rechtshandlungen des Patienten zu beschränken.

Dr. *Werthauer* erkennt eine gewisse Lücke an, sofern es sich um nicht gemeingefährliche Geiteskranke handelt. Es werde aber der Begriff der Gemeingefährlichkeit meist weiter gefaßt; es werde auch ein Kranker, der sich selbst gefährde, zu der bezeichneten Kategorie gerechnet, so daß nur wenig Ausnahmen anzuerkennen seien. Wird durch Irrtum des Zivilgerichts in einem bestimmten Fall die Entmündigung aufgehoben, so kommt das aufgestellte Prinzip zu Recht, daß ein gemeingefährlicher Geisteskranker nicht entlassen werden darf. In bezug auf die Dispositionsfähigkeit sei darauf hinzuweisen, daß eine Geisteskrankheit stets auf das geschäftliche Leben einwirke. So habe in einem bestimmten Falle ein an Eifersuchtwahn erkrankter Ehemann zwar, soweit sich ermitteln ließ, seine Geschäfte tadellos geführt, aber große Summen Geldes für Detektivs ausgegeben, um die vermeintliche Untreue der Ehefrau zu ermitteln.

Emanuel-Charlottenburg: Wenn der Anstaltleiter das Recht hätte, einen gemeingefährlichen Geisteskranken zurückzuhalten, dann brauchte er sich nicht nach den Verwandten oder Vormund zu richten.

Weiler-Westend betont im Schlußwort, daß unberechtigten Angriffen gegen die Irrenanstalten energisch entgegengetreten werden müsse. Eine gesetzliche Regelung der ganzen Materie sei zu wünschen.

Herr *Ziehen* demonstriert Präparate eines Falles, in dem zum erstenmal während des Lebens die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf die zuerst von *Dejerine* und *Thomas* beschriebene „Atrophie olivo-ponto-cérébelleuse" bzw. eine Übergangsform zwischen ihr und der *Friedreich-Marie*schen Krankheit gestellt wurde (Nouv. Iconogr. de la Salp. 1900, S. 330; vergl. auch Marie u. Guillain, Rev. neurol. 1903). Es handelte sich um eine 33jährige Tischlerfrau. Der Vater soll an Krämpfen gelitten haben, die Mutter früher geisteskrank gewesen sein. Ein Bruder soll ähnlich krank sein wie die Pat. selbst, so namentlich auch beim Gehen taumeln. Sein Arzt hat uns mitgeteilt, daß er die Diagnose auf Tabes gestellt hat, daß *Romberg*sches Schwanken, lanzinierende Schmerzen in den Beinen und Ataxie bestehen, und daß Lues bestritten wird. Eine Schwester soll früher einmal irre gesprochen haben, eine andere Schwester ist an Schwindsucht gestorben.

Entwicklung in der Kindheit normal. Menstruation stets unregelmäßig, blieb manchmal 3 Monate aus. Heirat mit 23 Jahren. Keine Aborte, 5 normale Geburten. 1 Kind ist an Brechdurchfall gestorben, die übrigen sind gesund. Syphilis wird durchaus bestritten.

Mit 27 Jahren plötzlich Ausgleiten in der Stube (infolge Taumelns?). Sie schlug mit dem Kopf auf den Herd. Keine Kommotionssymptome.



Später noch wiederholt Hinfallen (stets ohne Kommotion). Alkoholismus usw. liegt nicht vor.

Schon vor 6 Jahren wurde die Pat. auf der Straße darauf aufmerksam gemacht, sie taumele, sie „gehe wie eine Betrunkene“. Als sie ihrem Manne dies mitteilte, erwiderte er, „sie gehe schon lange so“. Bei starkem Wind konnte sie daher auch nicht gegen den Wind angehen. Ganz allmählich nahm das Taumeln zu. Mit 23 Jahren oft plötzlich ziehende (nicht lanzinierende), sehr heftige Schmerzen im linken Bein, die in Anfällen von wenigen Minuten Dauer auftraten. Seit 6 Wochen statt deren ganz analoge anfallweise Schmerzen im linken Arm (und zwar tief in den Knochen). Wegen der letzteren Aufnahme in die Nervenklinik der Charité am 7. Juli 1911. Seit einigen Wochen auch Sprachverschlechterung. Beim Urinlassen muß Pat. gelegentlich pressen, beim Husten geht gelegentlich Urin unwillkürlich ab.

Untersuchungsbefund (zusammenfassend für die ganze Zeit der Beobachtung und unter Weglassung vieler normaler und unwesentlicher Befunde): Herz und Lungen normal. Keine Anämie. Leichte Skoliose. Urin normal. Wassermannsche Blutuntersuchung negativ. Augenhintergrund normal.

Pupillen mittelweit, gleich; alle Reaktionen prompt, Augenbewegungen ausgiebig (außer nach oben), aber in den Endstellungen verbleiben die Bulbi nicht, sondern gehen unter groben Nystagmusbewegungen bald wieder zurück.

In der Ruhe fortwährendes, ziemlich schnellschlägiges, rhythmisches Kopfschütteln (meist im Sinne eines Verneinungsschüttelns). Fortgesetzt auch unwillkürliche Bewegungen in beiden Armen, namentlich im linken; es handelt sich dabei vorzugweise um Bewegungen und Streckungen des Vorderarms, oft aber gleichen die Bewegungen bezüglich ihrer Mannigfaltigkeit und Zusammengesetztheit auch in hohem Maß choreatischen. Seltener erinnern sie an einen kortikalen klonischen Krampf.

Keine Trigeminusstörungen.

Flüstersprache durch den verfügbaren Raum gehört. Rinne rechts negativ, Weber (c“) nach links lateralisiert.

Gaumen- und Fazialisinnervationen symmetrisch; später starkes Zurückbleiben der rechten Gesichtshälfte bei Stirnrunzeln und Zähnefletschen. Leichte Zungenabweichung nach rechts, später nach links.

Sprache langsam, skandierend.

Trizepsreflex rechts erhalten, links wegen des starken Schüttelns nicht sicher zu prüfen.

Dynamometer. r. max. 55, links 40 (rechtshändig).

In den gespreizten Fingern nur links feinschlägiges Zittern (neben den oben erwähnten groben unwillkürlichen Bewegungen in den proximalen Gelenken).

Fingernasenversuch: beiderseits, namentlich links schwere Ataxie. Schreiben unmöglich: „der Griffel fliegt immer weg".

Pronatorisches und supinatorisches Handschütteln (Diadochokinese) beiderseits sehr unbeholfen, namentlich links.

Antagonistenhemmung bei dem Ellenbogenversuch beiderseits prompt.

Bauchdeckenreflex beiderseits schwach.

Aufrichten aus der Rückenlage ohne Hilfe der Arme gelingt nicht.

Leichte Hypotonie der Beine.

Knie- und Achillessehnenphänomene nicht erhältlich.

Fußbildung normal.

Plantarreflex neutral.

*Mendel*scher und *Oppenheim*scher Reflex normal.

Grobe mot. Kraft der Beine erhalten.

Spiel der Zehenbewegungen unbeholfen.

Bei Steh- und Gehversuchen starkes Taumeln, das teils durch ataktische Beinbewegungen (spinale Ataxie), teils durch schwere, von Beinbewegungen unabhängige Rumpfschwankungen (zerebellare Ataxie) bedingt ist. Dabei auch Zunahme des Kopfzitterns.

Kniefersenversuch: beiderseits schwere Ataxie.

Unwillkürliche Bewegungen treten nur hin und wieder auch im linken Bein auf.

Sensibilität:

Passive Großzehenbewegungen werden zuweilen falsch angegeben.

Stereognose im allgemeinen erhalten, doch werden Geldstücke rechts und links oft verwechselt.

Prüfung des Raumsinns nach der vom Vortr. kürzlich angegebenen Methode (Ztschr. f. päd. Psychol. Bd. 1, S. 216) ergibt rechts und links nur leichte Störungen.

Im übrigen keine sicheren Sensibilitätstörungen.

Lumbalpunktion: mäßiger Druck, wasserhelle Flüssigkeit, Phase 1: null bis Spur Opaleszenz, Phase 2: leichte Trübung; Lymphozytose 0, Wasserm. Reaktion negativ (0,2 bis 1,0 Extrakt).

Intelligenz intakt. Stimmung sehr labil.

Der Verlauf änderte an dem Krankheitbild kaum etwas. Erwähnt sei nur noch, daß später im linken Arm der statische Tremor den lokomotorischen überwog und daß beim Spreizen der Finger regelmäßig der 4. und 5., zuweilen auch der 3. Finger unter dem Niveau des 1. und 2. Fingers zurückblieb.

Am 21. Februar 1912 traten klonische Krampfanfälle auf, zunächst im linken Arm und in der linken Schulter. Die folgenden Anfälle begannen regelmäßig mit Drehung des Kopfes und des Rumpfes nach links. Keine konjugierte Deviation der Augen. Auf Anruf keine Reaktion, auf

Stiche Schmerzverziehen des Gesichts und Abwehrbewegungen. Bei den späteren Anfällen ist auch der rechte Arm beteiligt. Im ganzen über 20 Anfälle. Einnässen, Zungenbiß. Links ausgesprochenes Babinskisches Phänomen (22. Februar). Am folgenden Tag, 23. Februar, morgens 38,5, abends 39, 3. Kein Anfall. Fortgesetzt Tremor und Klonus im linken Arm. Der Arzt wird morgens falsch bezeichnet. Keine Schluckstörung. Mehrmals Einnässen. Abends ein allgemeiner klonischer Krampfanfall mit Einnässen.

24. II. Temp. Morg. Rectum 40,1°, linke Achsel 39,8, rechte Achsel 38,9; Ab. „ 39,8, „ „ 40,2, „ „ 38,6; 25. II. „ 41,0, „ „ 40,8, „ „ 39,7 Vorm. Tod.

Sektionsbefund (pathol. Institut) makroskopisch: Graue Verfärbung des Gollschen Strangs im ganzen Rückenmark, mäßiges Ödem der weichen Rückenmarkshaut. Gallertiges Aussehen der Oliven.

Die mikroskopische Untersuchung ist noch nicht abgeschlossen, der Vortr. demonstriert vorläufig nur einen Schnitt durch die Med. oblongata und zum Vergleich Schnitte eines Falles der *Marie*schen Krankheit und weist — vorbehaltlich einer weiteren Untersuchung — auf die außerordentliche Ähnlichkeit des Bildes mit dem von *Dejerine* und *Thomas* veröffentlichten hin.

Die Diagnose schwankte im wesentlichen zwischen multipler Sklerose, Tabes, *Friedreich*scher Krankheit und *Marie*scher Krankheit (der sog. hereditären Kleinhirnataxie).

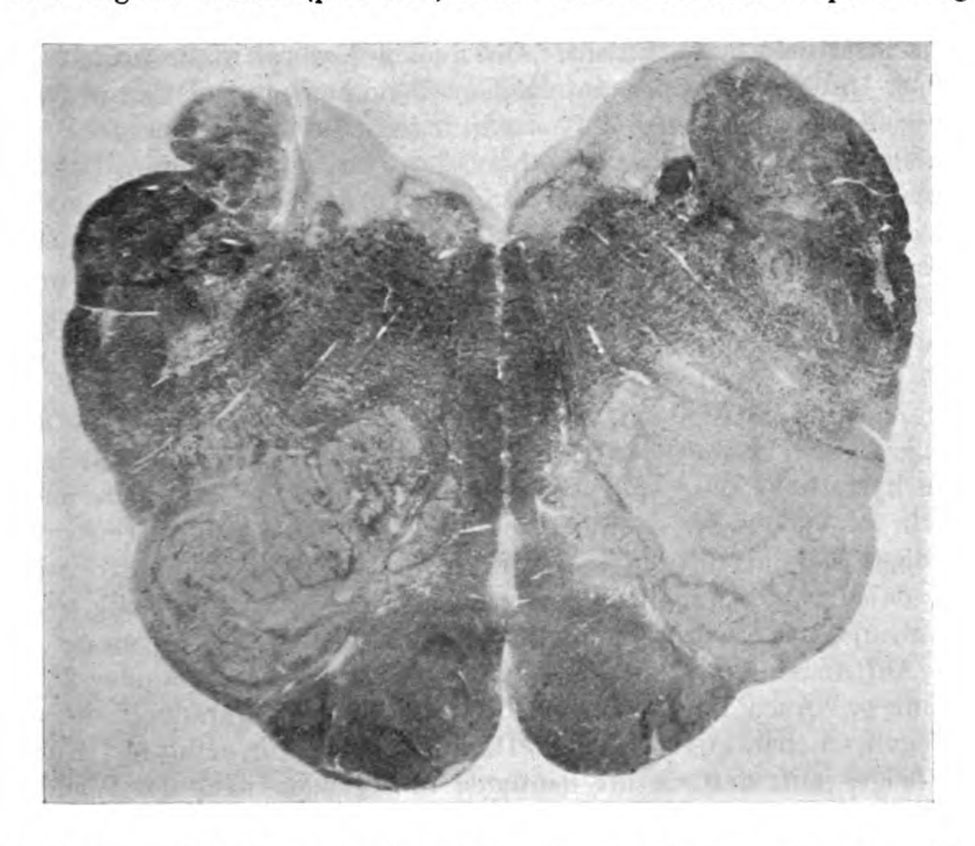
Gegen multiple Sklerose sprach die Intaktheit des Augenhintergrundes, das Fehlen eigentlicher Augenmuskellähmungen und das Fehlen aller Seitenstrangsymptome (mit Ausnahme des Auftretens des Babinskischen Phänomens im Anschluß an die Krampfanfälle). Einzeln genommen, ist natürlich keines dieser Momente irgendwie ausreichend, um eine multiple Sklerose auszuschließen oder auch nur unwahrscheinlich zu machen. In ihrer Gesamtheit mußten sie erhebliche Zweifel an der Diagnose einer multiplen Sklerose wachrufen.

Äußerst unwahrscheinlich war eine Tabes, wie sie der Arzt bei dem Bruder diagnostiziert hat. Der negative Ausfall der Wassermannschen Reaktion im Blut und in der Zerebrospinalflüssigkeit (ohne vorausgegangene spezifische Kur), das Fehlen der Lymphozytose, der so gut wie negative Ausfall der 1. Phase der Nonne-Apeltschen Reaktion, die ausgeprägt zerebellare Komponente der Gehstörung sprechen mit Bestimmtheit gegen eine tabische Erkrankung.

Demgegenüber sprachen sehr viele Momente zugunsten einer *Friedreich*schen oder einer *Marie*schen Krankheit. Vor allem schien schon die Erkrankung des Bruders, die wohl nicht ohne Bedenken mit dem Arzt als Tabes aufgefaßt werden kann, auf eine solche oft familial auftretende Krankheit hinzudeuten. Dazu kam die gemischte spinal-



zerebellare Ataxie, der Nystagmus, das Fehlen der Sehnenphänomene, die allerdings leichte Skoliose und die unwillkürlichen Bewegungen. Nicht so einfach war die Entscheidung, ob *Marie*sche oder *Friedreich*sche Krankheit vorliegt. Bekanntlich kann auch heute von einer scharfen Trennung dieser beiden Formen nicht mehr die Rede sein. Das Vorhandensein von Skoliose und das Fehlen der Sehnenphänomene würde nach den früheren Anschauungen [1]) für *Friedreich*sche Krankheit sprechen, indes haben sich beide Merkmale als nicht zuverlässig erwiesen. Es kommt hinzu, daß im vorliegenden Fall die ebenfalls als charakteristisch angesehene Verbildung des Fußes (pied bot) fehlt und die Krankheit später einge-



setzt hat, als das bei der *Friedreich*schen Krankheit der Fall zu sein pflegt. Auch das sehr starke Hervortreten der zerebellaren Komponente in der Gehstörung spricht etwas mehr für die *Marie*sche Varietät. Vor allem mußte aber im demonstrierten Fall auch die Atrophie olivo-ponto-cérébelleuse von *Dejerine-Thomas* in Betracht gezogen werden, die nach Auffassung des Vortr. ebensowenig eine ganz scharf getrennte Form darstellt, sondern durch Übergänge einerseits mit der *Marie*schen und andererseits mit der *Friedreich*schen Varietät verbunden ist. Auf diese *Dejerine-Thomas*-

[1]) Vgl. *Dejerine* und *Thomas*, Maladies de la moelle épinière 1909, S. 740.



sche Varietät wiesen in der Tat auch einige Symptome hin, während die starke Ataxie der Arm- und Beinbewegungen (auch unabhängig vom Gehen und Stehen) den Fall von dem *Dejerine-Thomas*schen unterscheidet und auf eine sehr erhebliche Beteiligung der Hinterstränge im Sinne der *Friedreich*schen Krankheit hinwies.

Die Sektion hat in der Tat bestätigt, daß die Hinterstränge schwer erkrankt sind, und daß außerdem wohl eine Sklerose der Olivengegend vorliegt. Das Kleinhirn war makroskopisch nicht verkleinert. Die mikroskopische Untersuchung wird nachweisen müssen, wie weit auch das Kleinhirn im Sinne der *Marie*schen Varietät beteiligt ist, ferner inwieweit der Prozeß auch das Brückensystem und die Seitenstränge des Rückenmarks in Mitleidenschaft zieht. Die finalen Krampfanfälle fordern auch zu einer Untersuchung der motorischen Region auf, doch ist zu bedenken, daß nach manchen neueren Beobachtungen (*Weber*, eigenen des Vortr.) auch vom Kleinhirn aus ausnahmweise *Jackson*-ähnliche Anfälle ausgelöst werden können. Endlich bedarf auch die histologische Natur des Prozesses (systematische abiotrophische Veränderungen im Sinne von *Gowers* oder primäre neurogliöse Sklerose) der Aufklärung durch die weitere Untersuchung. Unter den psychischen Symptomen war nur die eigentümliche Stimmungslabilität der Pat. sehr bemerkenswert.

Kutzinski-Berlin stellt eine 26jährige Kranke vor, deren erste Geburt und jetzige Schwangerschaft normal verlief, bei der keine Belastung, keine hysterische oder epileptische Disposition nachweisbar ist, und bei der ein im Verlauf der Eröffnungsperiode der Geburt aufgetretener mehrstündiger Dämmerzustand bestanden hat. Die Pat. war motorisch erregt, dabei ohne sprachliche Äußerungen; der Gesichtsausdruck war gespannt, nicht ausgesprochen ängstlich. Meist hielt sie die Augen geschlossen. Auf Anrufe oder Nadelstiche reagierte sie mit Abwehr- oder Zornbewegungen. Auch ihre sonstige motorische Unruhe war durch derartige Bewegungen charakterisiert. Über Halluzinationen war nichts festzustellen, nur fiel es auf, daß sie oft deutende Bewegungen nach der Wand und der Decke hin ausführte. Eine Viertelstunde nach der Geburt sprach sie spontan. Dabei zeigte sie sich räumlich unorientiert, verkannte die Umgebung. Nach einer weiteren halben Stunde zeigte sie sich bereits orientiert, hat aber Amnesie für die Geburt und für ihr Verhalten. Die Erinnerungslücke erstreckt sich auch noch einige Stunden weiter zurück. Das letzte, was sie genau wissen will, ist, daß ihr Abendbrot gereicht wurde, daß sie um 7 Uhr des Abends Wasser verlangte. Für die Zeit von 7—12 ¼ bleibt auch bei einer erneuten Exploration, die am übernächsten Tage nach der Geburt stattfand, die Ausdehnung der Amnesie unverändert. Für die Beurteilung des Zustandes ist es wichtig, daß deutliche psychische Störungen zu einer Zeit bestanden, in der die Blutungen noch sehr unerheblich waren. Daß Erschöpfungen, Fieber keine Rolle spielten, sei



noch besonders betont, auch Medikamente waren nicht verabfolgt. Ebenso sei auf die Tatsache hingewiesen, daß die Affekterregungen, die bei heimlich Gebärenden, namentlich Erstgebärenden so bedeutsam sind, wie Sorge um die Zukunft, Scham über die verlorene Geschlechtsehre, Schrecken bei der Geburt, Reue wegen des Fehltritts bei unserer Kranken nicht in Frage kommen. Es handelte sich um eine Zweitgebärende. Die Angehörigen waren über ihren Zustand orientiert. Sie brauchte nichts zu verbergen, sie hatte keine Nahrungsorgen.

Bei der Spärlichkeit derartiger einwandfrei beobachteten Fälle erscheint die Mitteilung gerechtfertigt. Daß es sich um eine Ohnmacht nicht gehandelt hat, zeigt das Fehlen der typischen Prodomalsymptome einer solchen und die retrograde Amnesie. Die Ätiologie des Zustandes ist schwierig; Erschöpfung, starker Blutverlust und ähnliches lag nicht vor. Hysterische Stigmata fehlten. Auch sonst bot der körperliche Befund keine Besonderheiten. Eine psychische Erklärung ist vielleicht möglich, wenn man berücksichtigt, daß es sich um ein von jeher gegen Schmerz empfindliches Individuum handelte, und daß die Schmerzwellen bei der Pat., deren Geburt nur 2 Stunden dauerte, sehr schnell aufeinander folgten. Es scheint also ein Schmerzdämmerzustand bestanden zu haben. (ausführliche Veröffentlichung folgt). *Hans Laehr.*



Kleinere Mitteilungen.

Nekrolog *Jastrowitz.* — Am 25. Januar d. J. wurde der Geheime Sanitätsrat Dr. *Moritz Jastrowitz* unerwartet aus segensreicher Tätigkeit abgerufen. Nur in engem Rahmen sei es mir verstattet, seinen äußeren Lebensgang zu skizzieren, wenn ich mir auch wohl bewußt bin, selbst mit diesem kurzen Gedenken weder dem Wunsche, noch dem schlichten Sinne des Verstorbenen zu entprechen.

Jastrowitz wurde im Dezember 1840 zu Löbau geboren. Unbefriedigt vom kaufmännischen Berufe, für den er bestimmt war, studierte er nach absolviertem Abiturium mit gereiftem Ernste Medizin. Nach einem mit Auszeichnung abgelegten Staatsexamen trat er als Assistent in die Charité ein und war dort zunächst in der inneren Abteilung bei *Traube* und sodann in der Psychiatrischen und Nervenklinik eine Zeitlang mit *Westphal* zusammen unter *Griesinger* tätig. Von diesem empfing er die wertvollsten Anregungen für sein späteres Sondergebiet. Da ihm eine staatliche Anstellung nicht vergönnt war, wurde er Ausgang der 70er Jahre leitender Arzt an der Maison de Santé in Schöneberg, um schließlich im Jahre 1892 dem Direktorium der Privat-Heil- und Pflegeanstalt Berolinum-Lankwitz beizutreten, dem er bis zu seinem Tode angehörte.

Wenn er auch auf psychiatrisch-neurologischem Gebiete seine volle Befriedigung fand, blieb er doch mit allen übrigen Zweigen der Heilkunde in dauerndem Kontakt, namentlich widmete er sein Interesse den inneren Krankheiten. Jahrzehnte hindurch war er Schriftführer des Vereins für innere Medizin und folgte ihren Verhandlungen stets mit gleicher Regsamkeit.

Sein besonderes Augenmerk richtete er von jeher auf die pathologischen Ausscheidungen des Harns. Er übte bis zur letzten Stunde eine umfangreiche, zumeist konsultative Praxis, wie auch eine hervorragende gutachtliche Tätigkeit aus. Seit geraumer Zeit schon litt er an gesundheitlichen Störungen, die er mit stoischer Ruhe ertrug, ohne in seiner Berufsfreudigkeit nachzulassen. So überraschte ihn auch der Tod mitten in der Arbeit.



Jastrowitz war ein Mensch von seltenen Geistesgaben und Charaktereigenschaften. Überaus sprachgewandt, belesen auch in der ausländischen Literatur, von leichter Auffassung und unterstützt von einem ungewöhnlichen Gedächtnis, offenbarte er eine scharfe Beobachtungsgabe. Naturwissenschaftlich auf das beste vorgebildet und ausgerüstet mit reichen Kenntnissen in allen medizinischen Sonderfächern, fand er in seinen Kundgebungen allenthalben Zustimmung. Dabei war er von bewundernswerter Bescheidenheit und persönlicher Anspruchlosigkeit; er blieb stets im Hintergrunde und verzichtete gern für sich auf jede Anerkennung.

Von lauterer und wahrer Gesinnung, wohlwollend und milde in der Beurteilung der Schwächen anderer, konnte er selbst als ein Vorbild strengster Pflichterfüllung und hingebender Hilfsbereitschaft gelten. Der unzähligen Kranken, die ihn vertrauensvoll suchten, nahm er sich mit wahrer Herzensgüte an.

Bestimmt im Urteil, suchte er aus dem großen Schatze seiner Erfahrungen willig zu raten und zu helfen. Er war vielseitig und unermüdlich tätig, die Stunden der Erholung nur zu wissenschaftlichen Forschungen nutzend. Abgesehen von zahllosen längeren oder kürzeren Bemerkungen in den Diskussionen der Sitzungen, verdanken wir ihm eine Reihe von Veröffentlichungen:

1865 De fistula vesico-vaginali, Diss. Berlin.

1868 Multiple Erweichungsherde vorwiegend in der Gehirnrinde. Arch. f. Psych. I, 478.

1870 Über Encephalitis der Neugeborenen. Arch. f. Psych. II, 239. — Über die therapeutischen Wirkungen des Chloralhydrats. Berl. klin. Wchnschr. S. 414 u. 425. — Studien üb. d. Encephalitis u. Myelitis des ersten Kindesalters. Arch. f. Psych. II. u. III.

1872 Entgegnung auf *Arndt*, Histologie des Gehirns. Arch. f. Psych. III, S. 483.

1874 Fall von Geistesstörung nach Kopfverletzung. Arch. f. Psych. IV, S. 257.

1875 Beitrag zur Pathologie der Hemiplegieen. Berl. klin. Wchschr. S. 428. — Historische Notiz über Aphasie. Berl. klin. Wchschr. S. 323.

1876 Über die Bedeutung des Großhirns für die Sinneswahrnehmung. Arch. f. Psych. VI, 616. — Versuche über das Ausreichen einer Hemisphäre für die Motilität, sensorielle Tätigkeit und Intelligenz des ganzen Körpers. Arch. f. Psych. VI, S. 612, u. VII, S. 638.

1877 Tumor im l. Hinterlappen, Aphasie, rechtseitige Hemianopsie. Zentralbl. f. prakt. Augenheilkunde. — Der gegenwärtige Standpunkt der staatlichen Oberaufsicht über die Irren- und Pflegeanstalten in Preußen und Vorschläge zur Verbesserung derselben. Vierteljahrschr. f. ger. Med. u. öffentl. Sanitätswesen. Jan. S. 93 u. April S. 327.

1879 Bemerkungen zur Therapie der Angstzustände. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 36, S. 602.

1880 Über den Tod durch Verbrennen vom gerichtsärztlichen Standpunkte aus. Vierteljahrschr. f. ger. Med. Bd. 32, S. 1.

1882 Über die Beurteilung des Schwachsinns und Blödsinns im allgemeinen u. in foro insbesondere. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 39, S. 271. — Disk. zum Vortr. *Jacusiels* über Encephalitis interstit. Med. Ges. 8. Nov.

1883 Ein Fall von Thrombose der Pfortader aus luetischer Ursache. Vortrag. Dtsche. med. Wchschr., Nr. 47 u. V. f. innere Med., Okt. — Disk. zum Vortr. v. Virchow üb. Encephalitis congen., V. f. inn. Med., Okt.

1884 Über einen Fall von Zwangsvorstellungen vor Gericht nebst einigen Bemerkungen über Zwangsvorstellungen. Dtsche. med. Wchschr. Nr. 31 u. 32. — Demonstr. einer Herzvergrößerung mit großer Thrombose an d. Herzspitze. V. f. inn. Med., 15. Dez.

1885 Zerebraltumor am Fuße d. r. mittleren Stirnwindung. V. f. inn. Med., 15. Juni.

1887 Über einen Fall von Lues universalis, insbesondere des Zentralnervensystems. Dtsche. med. Wchschr. Nr. 15 u. V. f. inn. Med., 7. Febr. — Einiges über das jetzige Provokationsverfahren. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 43, 134.

1888 Beiträge zur Lokalisation im Großhirn und über deren praktische Verwertung. Dtsche. med. Wchschr. Nr. 5 (u. V. f. inn. Med. 7. Nov.) — Zur Kenntnis des jetzigen Entmündigungsverfahrens. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 44, S. 667.

1889 Über die Behandlung der Schlaflosigkeit. Ebenda Nr. 31

1892 Über den besonderen und praktischen Wert der gänzlich durchgeführten *Trommer*schen Probe. Dtsche. med. Wchschr. Nr. 7 u. 8. — *J.* u. *Salkowski*, Über eine bisher noch nicht beobachtete Zuckerart im Harn. Med. Centralbl. Nr. 19. — Über Influenza (Psychosen danach) (Leyden und S. Guttmann). Wiesbaden, J. F. Bergmann. — Über ein Verfahren zur Entfernung von Fremdkörpern aus dem Verdauungskanal. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 48, S. 532.

1895 Über die ministerielle Anweisung vom 20. September 1895, betr. die Privatirrenanstalten. Ztschr. f. Psych. Bd. 52, S. 1182. — Über Bitartrate of Lithion. V. f. inn. Med. 1. Juli. — Nachruf auf *J. H. Heymann*, ibid., Okt.

1896 Die Röntgenschen Experimente mit Kathodenstrahlen und ihre diagnostische Verwertung. Dtsche. med. Wchschr. XXII 5.

1898 Zur Kenntnis und Behandlung der Neuralgia occipitalis. Dtsche. med. Wchschr. Nr. 14.

1899 Akute rheumatische Chorea nebst Bemerkungen über die Natur der choreatischen Bewegungen. Dtsche. med. Wchschr. S. 557. —

Verschwinden der Ataxie bei Tabes. Allg. med. Zentralztg., Nov. — Demonstration eines Falles v. Tabes dors. V. f. inn. Med., 30. Okt.

1900 Heilung und Nichtheilung der Syphilis. Medizin. Woche, S. 361. — — Disk. zum Vortr. *Bial* üb. zwei Fälle v. Pentosurie. V. f. inn. Med. 5. Febr. — Nachruf auf *Plonski* u. *Fr. Rubinstein*, ibid. 18. Juni.

1902 Disk. zum Vortr. *F. Krause* über Gehirnchirurgie, ibid. 24. März, u. zum Vortr. *Stadelmann* üb. Späterkrankungen d. Gehirns nach Schädeltraumen, ibid. 1. Dez.

1903 Einiges über das Physiologische und über die ärztliche Beurteilung der außergewöhnlichen Handlungen im Liebesleben des Menschen. Dtsche. med. Wchschr. Vereinsbeilage Nr. 33.

1904 Morphinismus. Deutsche Klinik VI. Abtlg. 2.

1905 Demonstration einiger Fälle von Dementia praecox. Neurolog. Zentralblatt XXIV (Psych. Verein). — Eine Modifikation zur Verdeutlichung der Gerhardtschen Eisenchloridprobe auf Azetessigsäure im Harn. Berl. klin. Wchschr. Nr. 5. — Nachruf *Wernicke*, *v. Wegener*, *Croner*, V. f. inn. Med. 19. Juni.

1906 Disk. zum Vortr. *Bönniger* über Pathologie d. Herzschlages. V. f. inn. Med. 17. Dez.

1907 Disk. zum Vortr. von *Goldscheider* über die psychoreflektorischen Krankheitsymptome. Dtsche. med. Wchschr. 905.

1911 Disk. zum Vortrage *Gutzmann* über Aphasie u. Anarthrie. V. f. inn. Med. 1. Mai. — Disk. zum Vortr. *Leppmann* über irrenärztliche Tagesfragen. Berl. Med. Ges. 8. Nov.

Jastrowitz wird nicht nur allen denen, die sein sympathisches Wesen kennen zu lernen Gelegenheit hatten, unvergeßlich bleiben: er wird auch dauernd einen ehrenvollen Platz, namentlich in der Geschichte der Psychiatrie, einnehmen. *Fraenkel*-Lankwitz.

Nekrolog *Taubert*. — Am 7. April 1912 starb plötzlich Dr. Fr. *Taubert*, Oberarzt an der Provinzial-Heilanstalt zu Lauenburg i. Po., im 37. Lebensjahre. Er hat sich in der Literatur durch eine wertvolle Arbeit über die periodischen Psychosen (insbes. Ausgang und Sektionsbefund, Arch. f. Psychiatr. Bd. 47 S. 66) und durch seinen Danziger Vortrag über periodische Indikanurie beim manisch-depr. Irresein (Allg. Ztsch. f. Psych. Bd. 66 S. 941) bekannt gemacht. Ehe er zur Psychiatrie kam, hatte er umfassende philosophische Studien getrieben, besonders über Kant. In der Anstalt machte er physiologisch-chemische Arbeiten, für welche ihm ein besonderes Laboratorium eingerichtet worden war. Im letzten Winter hatte er sich in Berlin in Stoffwechseluntersuchungen ausgebildet. Nun hat der Tod alles vernichtet. *Siemens.*



Über die Zulassung von Rechtsanwälten zu Besuchen bei Pfleglingen der Heil- und Pflegeanstalten hat anläßlich eines strittigen Einzelfalles das Großh. badische Ministerium der Justiz in Verbindung mit dem Großh. Ministerium des Innern die in den folgenden Erlassen ausgedrückte Stellungnahme präzisiert:

Ministerium des Innern. — Wir übersenden im Anschlusse Abschrift der von uns erhobenen Äußerung des Großh. Ministeriums der Justiz, des Kultus und Unterrichts vom 24. März 1911 Nr. B 2675 zur Kenntnisnahme und mit dem Auftrage, künftig hiernach zu verfahren. Dabei ist zu beachten, daß nur die wegen Geisteskrankheit entmündigten Personen nach § 104 Ziff. 3 BGB. geschäftsunfähig sind, während die wegen Geistesschwäche, Trunksucht oder Verschwendung entmündigten Personen nach § 114 BGB. in der Geschäftsfähigkeit nur beschränkt und zum Einspruch und zur Klage nach dem Irrenfürsorgegesetz befugt sind.

Soweit die Zuziehung eines Rechtsanwalts hiernach nicht verhindert werden kann und dieselbe nicht im Auftrage der zahlungpflichtigen Angehörigen oder des gesetzlichen Vertreters des Kranken erfolgt, sind diese von der Zuziehung zu verständigen mit dem Bemerken, daß die Anstaltsverwaltung nicht in der Lage sei, die Zuziehung zu verhindern.

gez. I. V.: Glockner.

Ministerium der Justiz, des Kultus und Unterrichts. — Der Verkehr von in Heil- und Pflegeanstalten untergebrachten Kranken, soweit dieselben nicht geschäftsunfähig sind (vgl. § 104 BGB.), mit auf ihre Veranlassung und ihren Wunsch hin sie besuchenden Rechtsanwälten findet unseres Erachtens nur in den Vorschriften der Hausordnung und dem Gesundheitszustand der Kranken selbst, sofern dieser etwa einen Verkehr mit dritten Personen als für sie schädlich erscheinen läßt, eine Schranke. Abgesehen davon, daß diese Kranken unter Umständen zur Besorgung der verschiedenartigsten Rechtsangelegenheiten eines juristischen Beistandes bedürfen, steht ihnen nach §§ 4, 5, 9 des Irrenfürsorgegesetzes auch ein Recht auf Klage bzw. Einspruch gegen ihre Unterbringung bzw. Zurückbehaltung in der Anstalt zu, und, soweit sie auch zur Geltendmachung dieser Rechte der Zuziehung eines Rechtsanwaltes nicht unbedingt bedürfen sollten, so kann ihnen doch die Zuziehung eines solchen nicht versagt werden.

Anders wird die Frage bei geschäftsunfähigen, insbesondere also bei entmündigten Personen sich gestalten, da diese im allgemeinen keine Rechtshandlungen ohne ihren gesetzlichen Vertreter vornehmen können, ein Verkehr des Rechtsanwalts mit ihnen daher in der Regel nicht nötig fallen, sondern der Verkehr zwischen dem Rechtsanwalt und dem gesetzlichen Vertreter des Entmündigten genügen wird.

Aber auch hier kommt in Betracht, daß, insoweit der Entmündigte seine Entmündigung bekämpfen will, die Zivilprozeßordnung ihm hierfür verschiedene Rechtsbehelfe an die Hand gegeben hat (vgl. §§ 664, 675, 679 Abs. 3 ZPO.), deren er sich in eigener Person ohne Zuziehung seines gesetzlichen Vertreters bedienen kann, und daß, sofern er behufs Geltendmachung dieser Rechte sich eines Rechtsanwalts bedienen will, ihm dies nicht versagt werden kann. Es wird daher auch der Verkehr entmündigter Geisteskranker mit Rechtsanwälten nur insoweit gehindert werden können, als es sich dabei nicht um die Aufhebung der Entmündigung handelt, sondern um die Wahrnehmung anderer Rechte, welche der Entmündigte überhaupt nicht selbständig, sondern nur durch seinen gesetzlichen Vertreter geltend machen kann.

gez. I. V.: Hübsch.

Die Junisitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin findet mit Rücksicht auf die Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie erst Sonnabend, 29. Juni, statt.

Die Jahresversammlung Bayerischer Psychiater findet am 29. und 30. Juni 1912 in Regensburg und Wöllershof bei Neustadt a. d. Waldnaab statt. Referat: Psychiatrische Jugendfürsorge (Prof. Dr. *Gudden* und Priv.-Doz. Dr. *Isserlin*-München). Am 29. Juni Sitzungen in Regensburg, am 30. Juni Besichtigung der neueröffneten zweiten oberpfälz. Heil- und Pflegeanstalt Wöllershof. — Anmeldung von Vorträgen bis 31. Mai cr. erbeten an Prof. *Alzheimer*-München, Nußbaumstraße 7 oder Med.-Rat *Vocke*-Eglfing bei München.

Die 84. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte wird vom 15. bis 21. September in Münster stattfinden. Vorträge in den allg. Sitzungen: *Czerny*-Heidelberg: Die nichtoperative Behandlung der Geschwülste; *Becker*-Münster: Leib und Seele; Graf *Arco*-Berlin: Über drahtlose Telegraphie; *v. Wettstein*-Wien, *Czerny*-Straßburg, *v. Hannstein*-Berlin und *Kerp*-Berlin: Die Wissenschaft vom Leben in ihrer Bedeutung für die Kultur der Gegenwart; *Correns*-Münster und *Goldschmidt*-München: Vererbung und Bestimmung des Geschlechts; *Straub*-Freiburg: Über die Bedeutung der Zellmembran für die Wirkung chemischer Substanzen; *Nernst*-Berlin: Zur neueren Entwicklung der Thermodynamik; *Sarasin*-Basel: Über den gegenwärtigen Stand des Weltnaturschutzes; *Küttner*-Breslau: Moderne Kriegschirurgie. — Vorträge und Demonstrationen für die psychiatrisch-neurologische Abteilung sind bis zum 16. Mai anzumelden bei einem der Einführenden: Geh.-Med.-R. Dr. *Gerlach* Heerdestr. 13, Dir. Dr. *Kleffner*, Prov.-Heilanstalt, Dr. *Többen*, Ludgeristr. 72.



Personalnachrichten.

Dr. *Joh. Köhler*, Oberarzt in Gabersee, ist in dauernden Ruhestand getreten.

Dr. *Franz Blachian*, Oberarzt in Werneck, ist zum Direktor der neuen Kreisanstalt bei Haar,

Dr. *Friedr. Utz* zum Oberarzt der Kreisanstalt Ansbach,

Dr. *Ernst Rüdin*, Priv.-Doz., zum Oberarzt der psychiatr. Klinik in München,

Dr. *Ernst Jeß* in Eberswalde,

Dr. *Herm. Riemann*, gleichfalls in Eberswalde, und

Dr. *Wilh. Plaskuda* in Lübben sind zu Oberärzten ernannt worden.

Dr. *Karl v. Ehrenwall* in Ahrweiler ist Geh. Sanitätsrat geworden.

Dr. *Jos. Peretti*, Geh. San.-Rat, Dir. von Grafenberg und Dozent an der Akademie für prakt. Medizin in Düsseldorf, hat den Titel Professor erhalten.

Dr. *Th. Ziehen*, Prof. und Geh. Med.-Rat, jetzt in Wiesbaden, ist der Rote Adlerorden 3. Klasse mit Schleife,

Dr. *H. F. Rubarth*, Geh. San.-Rat in Marsberg, der Kronenorden 3. Klasse verliehen worden.

Dr. *Ad. Seeligmüller*, ao. Prof. und Geh. Med.-Rat in Halle, ist gestorben.

Dr. *Friedr. Skierlo*, Oberarzt der Prov.-Anstalt in Potsdam, ist am 5. März,

Dr. *Friedr. Taubert*, Oberarzt der Prov.-Anstalt in Lauenburg, am 7. April gestorben.



Die Bedeutung der Anstalt Zwiefalten für das Irrenwesen Württembergs[1].

Von

Oberarzt Dr. **A. Schott**, leit. Arzt der Heil- und Pflegeanstalt Stetten i. R.

Die ersten Anfänge der Irrenfürsorge Württembergs gehen auf das Jahr 1746 zurück, in welchem Jahre der damals regierende Herzog Karl, der Begründer der hohen Karlsschule, eine Verfügung erließ, welcher zufolge „zur besseren Besorgung der im Land hier und da sich befindenden unbemittelten melancholischen und blöden Leute, auch der maniaci und furiosi" ein eigenes Institut errichtet werden sollte. Schon im Jahre 1749 war das für 11 Kranke berechnete „Tollhaus" fertig gestellt und mit dem schon in Ludwigsburg bestehenden Fürstl. Zucht- und Arbeithause vereinigt worden. Aus der steigenden Zahl der anstaltbedürftigen Geisteskranken und aus der Verbindung des Irrenhauses mit dem Zucht- und Arbeithaus ergaben sich für die Dauer Unzuträglichkeiten und störende Unvollkommenheiten. Durch Kgl. Verordnung vom 14. Mai 1811 wurde bestimmt, daß das Irrenhaus in die Räume des ehemaligen Benediktinerklosters Zwiefalten verlegt werden solle, welches im Jahre 1802 an Württemberg gekommen und 1803 aufgehoben worden war. Schon im Jahre 1812 wurden die 46 geisteskranken Insassen des Tollhauses von Ludwigsburg nach Zwiefalten überführt und damit die erste Heil- und Pflegeanstalt des Landes eröffnet. Zwiefalten sollte nicht nur unheilbare Geisteskranke verwahren, sondern auch dem Heilzwecke dienen. Die Zahl der zur Verfügung stehenden Plätze belief sich auf 70—80. Die steigende Nachfrage nach Anstaltplätzen

[1]) Am 29. Juni d. J. feiert die K. Württ. Heilanstalt Zwiefalten ihr hundertjähriges Jubiläum. Im Hinblick hierauf sind die ersten 7 Aufsätze dieses Heftes geschrieben, mit denen unsere Zeitschrift an der festlichen Begrüßung der Hundertjährigen teilnimmt.



führte im Jahre 1829 zu dem Beschlusse, eine besondere Heilanstalt zu errichten. Als geeignet für diesen Zweck wurde das Schloß zu Winnental erkannt, welches früher eine Deutschordenskommenthurei gewesen war und sich damals im Besitze der Krone befand. Es wurden dort durch bauliche Veränderungen zunächst Plätze für 90 heilbare Kranke geschaffen. Die Anstalt wurde am 1. März 1834 unter dem Anstaltsarzt *Albert Zeller* eröffnet und erfreute sich bald infolge der hervorragenden ärztlichen wie persönlichen Eigenschaften ihres Leiters eines großen Rufes weit über die Grenzen des Landes hinaus. Zwiefalten trat jetzt mehr in den Hintergrund; es wurde zur Pflegeanstalt bestimmt und übernahm in der Folgezeit einen großen Teil seiner Kranken von Winnental, wo von 1840 bis 1842 der spätere berühmte Berliner Psychiater *W. Griesinger* als Assistenzarzt tätig war und Erfahrungen für sein erstmals 1845 erschienenes Lehrbuch der Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten sammelte. Trotz der Eröffnung von Winnental mußte auch in Zwiefalten die Vermehrung der Anstaltplätze in rascher Folge vor sich gehen. Während im Juni 1835 nur 71 Pfleglinge in der Anstalt untergebracht waren, stieg ihre Zahl in den Jahren 1838—1852 auf durchschnittlich 150 im Jahre und in den Jahren 1853—1865 auf einen Bestand von 165 bis 170. Durch vielfache bauliche Veränderungen sowie durch das Hinauslegen von Wohnungen konnten in der ersten Hälfte der 70er Jahre 300 Plätze geschaffen werden. Durch den Einbau großer Dachstockräume und Überbelegung erreichte die Krankenzahl in den Jahren 1888/89 eine Höhe von über 500 Pfleglingen. Diese erhebliche Steigerung der Belegung erfolgte, obwohl im Jahre 1875 eine dritte Staatsirrenanstalt eröffnet worden war. Die Wahl fiel auf die ehemalige Prämonstratenser-Abtei zu Schussenried, wo sofort für 300 Kranke Plätze geschaffen wurden, welche jedoch bald besetzt waren und Erweiterungsbauten notwendig machten. Schussenried wurde ebenfalls, ähnlich wie Winnental, in erster Linie als Heilanstalt errichtet, so daß nunmehr Zwiefalten gezwungen war, aus den beiden Heilanstalten des Landes unheilbare Kranke zu übernehmen. Dieser Aufgabe konnte es auf die Dauer nicht mehr genügen, zumal die örtlichen Verhältnisse eine nennenswerte Vergrößerung nicht zuließen. Dieser Notlage verdankt Weißenau seine Entstehung. Diese Pflegeanstalt wurde am 1. April 1892 er-



öffnet, ebenfalls in einem früheren Klostergebäude, dem ehemaligen Prämonstratenserkloster zu Weißenau im Schussental, 20 Minuten von der Stadt Ravensburg entfernt, an der Bahnlinie Ulm-Friedrichshafen gelegen.

Im Jahre 1899 erhielt Zwiefalten, wie die übrigen Staatsirrenanstalten, die Bezeichnung „K. Heil- und Pflegeanstalt" und einen kleinen Aufnahmebezirk zugewiesen, aus welchem auch heilbare Geisteskranke aufgenommen werden durften. Im Jahre 1903 ist anläßlich der Eröffnung der neuen Anstalt Weinsberg — der einzigen neuerbauten des Landes — sämtlichen Staatsirrenanstalten die Bezeichnung „K. Heilanstalt" gegeben worden. Im Jahre 1905 hat jede der Anstalten einen entsprechend großen Aufnahmebezirk erhalten, aus welchem die Anstalt die Geisteskranken ohne Unterschied aufzunehmen hat. Die Zahl der Aufnahmen betrug in den Jahren 1906 bis 1910 durchschnittlich jährlich 102, der Abgang 96 Kranke. Der Krankenstand in der Hauptanstalt beläuft sich derzeit auf etwa 520 Pfleglinge.

Dies ist in äußeren Zügen nach *Camerer* der äußere Werdegang der Anstalt, wie er sich ergibt im Verein mit den Fortschritten der Irrenfürsorge Württembergs. Dieser geschichtliche Rückblick war nötig, um die Bedeutung Zwiefaltens für die einzelnen Abschnitte des württembergischen Irrenwesens zu beleuchten.

Die Eröffnung der Irrenanstalt Zwiefalten bedeutet für Württemberg die Anerkennung des Grundsatzes, daß Geisteskranke besonderer Anstalten und Einrichtungen bedürfen. Daß diese damaligen Einrichtungen heutzutage vielfach Kopfschütteln erregen, teilt Zwiefalten mit allen Anstalten jener Zeit. Schon der Umstand, daß Sträflingen die Wartung der Kranken noch eine Reihe von Jahren anvertraut war, erregt unser Befremden.

Dem Geiste der damaligen Zeit und der herrschenden irrenärztlichen Ansicht entspricht es durchaus, daß auch in Zwiefalten an Geisteskranken körperliche Züchtigungen vorgenommen worden sind. Demgegenüber verdient hervorgehoben zu werden, daß andererseits schon zu jener Zeit der freien Behandlung und der Arbeitstherapie in weitem Maße Rechnung getragen worden ist. Die Arzneibehandlung kam ebenfalls nicht zu kurz. Der Hydrotherapie wird schon bei den Plänen zur Einrichtung der Irrenanstalt in Zwiefalten Erwähnung



getan, indem gefordert wird, daß „auf ein Badzimmer und auf die in dem Klinikum zu Tübingen vorhandenen Einrichtungen zu einem Sturzbad, einem Tropfbad und einem Dampfbad“ Rücksicht genommen werden solle. Die räumliche Trennung der ruhigen von den unruhigen Kranken war von Gründung der Anstalt an stets im Auge behalten und nach Möglichkeit durchgeführt worden. Wir können also mit Befriedigung feststellen, daß schon die ersten Jahrzehnte der Irrenbehandlung in Zwiefalten durchaus den Stempel der Humanität trugen und auf damals modernen irrenärztlichen Grundsätzen beruhten. Dazu mag nicht zum wenigsten beigetragen haben, daß der zweite Hausarzt der Anstalt, Dr. *Elser* (1817—1837), um die Mitte der zwanziger Jahre eine Instruktionsreise nach Paris und kurze Zeit darauf eine solche auf den Sonnenstein ausführen konnte. Letztere Anstalt wurde im Jahre 1811 als erste in Deutschland gegründet, welche die Heilung der Kranken als ihre Aufgabe in den Vordergrund stellte. Dr. *Elser* legte großen Wert auf die Beschäftigung der Kranken im Freien; ferner beantragte er die Anschaffung eines galvanischen Apparates, um auf die verstimmte und herabgesunkene Muskeltätigkeit einwirken zu können, und einer Schaukel, um das Gehirn und den Unterleib, den gewöhnlichen Sitz der Geistes- und Gemütskrankheiten, wohltätig und mit Kraft zu erschüttern.

Einen erheblichen Schritt in der Entwicklung vorwärts tat die Anstalt unter ihrem ersten ärztlichen Direktor Dr. *v. Schäffer* (1838 bis 1874), welcher es meisterhaft verstand, aus den Unheilbaren zu machen, was irgendwie noch zu machen war. Er hob sie durch ersprießliche erzieherische Maßnahmen sozial, machte sie äußerlich geordnet und vielfach wieder gesellschaftfähig, weckte in ihnen schlummernde Interessen und ruhenden Tätigkeitstrieb. So gelang es ihm manchen Kranken aus dem Stumpfsinn zu erwecken und zu nutzbringender Beschäftigung zu veranlassen. Seine Erfolge auf dem Gebiete der Arbeitstherapie können auch heute noch in mehr als einer Richtung als musterhaft bezeichnet werden. Daneben wurde Dr. *v. Schäffer* in der ganzen Umgegend als der geschickteste und hervorragendste Arzt geschätzt und aufgesucht. Seine großen Verdienste um die Anstalt wurden auch höheren Ortes gewürdigt und ihm Auszeichnungen mehrfach zuteil. Wissenschaftlich ist Dr. *v. Schäffer* kaum hervorgetreten; es liegt von ihm nur ein Bericht über die Brech-

ruhrepidemie im Jahre 1854 vor, welcher in der Allg. Ztschr. f. Psych. zum Abdruck gelangt ist.

Den Höhepunkt in wissenschaftlicher Hinsicht erreichte Zwiefalten unter seinem zweiten ärztlichen Direktor Dr. *J. L. A. Koch* (1874—1898); sein Name hat die Anstalt Zwiefalten außerhalb des engeren Vaterlandes erst bekannt gemacht. Sein umfassendes Wissen, sein verständnis- und liebevolles Entgegenkommen, sein klarer Blick und seine Menschenkenntnis befähigten Dr. *J. L. A. Koch* dazu, bei seinen Assistenzärzten den wissenschaftlichen Sinn zu wecken, sie vielseitig anzuregen und zu fördern. Seine Lehre von den psychopathischen Minderwertigkeiten wird ihm in der psychiatrischen Literatur dauernd einen Ehrenplatz sichern. Die praktischen Konsequenzen dieser Lehre treten jetzt mehr und mehr zutage und zeigen, wie fruchtbar die Anregungen gewesen sind, welche Dr. *J. L. A. Koch* gab und noch weiterhin geben wird.

Wenn wir uns den Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch vergegenwärtigen, so können wir uns nicht der Überzeugung entschlagen, daß gar manches über die verminderte Zurechnungsfähigkeit, über die Beurteilung der jugendlichen Straffälligen sowie über den Strafvollzug an Jugendlichen und Psychopathen auf die Lehren *Kochs* zurückgeht und von ihm inspiriert worden ist. Ähnliches gilt auf dem Gebiete der Pädagogik und der Psychotherapie; auch hier finden wir auf Schritt und Tritt Beziehungen zu *Kochs* Anschauungen und Abhandlungen. Es dürfte nicht ein Zufall sein, daß die heutige Psychiatrie wieder mehr sich diesem überaus wichtigen Gebiete zuwendet, auf welchem insbesondere *Ziehen* in letzter Zeit tätig ist. Für Württemberg bedeutet *Kochs* Lehre die Wiederaufnahme kriminalpsychologischer Studien und Untersuchungen von ärztlicher und juristischer Seite, deren sozial einschneidende Bedeutung das neue deutsche Strafgesetzbuch dereinst dartun wird. Hat so Dr. *J. L. A. Koch* in wissenschaftlicher Beziehung bahnbrechend gewirkt, so ist ihm andererseits der Blick für die praktischen Aufgaben der Anstalt dadurch nicht getrübt worden. Hier galt es viel unter erschwerenden Umständen und Hindernissen zu leisten. Bei einem Krankenstand bis zu 560, lange Zeit mit e i n e r ärztlichen Hilfskraft nur arbeitend, war die Arbeitslast eine gewaltige und auf die Dauer unerträgliche, seine Gesundheit erschütternde. Als die lang



ersehnten und erstrebten Änderungen und Reorganisationen endlich zur Tat werden sollten, da war die Kraft Dr. *J. L. A. Kochs* gebrochen, so daß er den größten Teil der praktischen Durchführung seinem I. Oberarzt Dr. *P. Kemmler*, einem Schüler *Wernickes* und *Kräpelins*, überlassen mußte. *Kemmlers* hervorragender organisatorischer Begabung gelang es, in den Jahren 1895—1898 grundlegende Veränderungen im inneren und äußeren Ausbau der Anstalt teils einzuleiten, teils durchzuführen. Die Zellenbehandlung wurde, soweit irgend möglich, eingeschränkt und in umfassendem Maße die Bettbehandlung eingeführt, es wurden Wachabteilungen und Dauerbäder eingerichtet, Kostformen geschaffen und der Genuß geistiger Getränke verdrängt. Die freie individualisierende Verpflegungsform war der Leitstern der ärztlichen Behandlung und Tätigkeit geworden. Durch zahlreiche Entlassungen und durch Einführung der familialen Verpflegung wurde für Beschaffung von Anstaltplätzen Sorge getragen. Im Frühjahr 1898 mußte Dr. *J. L. A. Koch* aus Gesundheitsrücksichten um Enthebung von seinem Dienst bitten. Ihm folgte als dritter ärztlicher Direktor Dr. *O. Binder*, welcher leider schon im Jahre 1901 einer Blutvergiftung zum Opfer fiel. Dr. *O. Binder* suchte den weiteren inneren Ausbau der Anstalt der Vollendung zuzuführen; insbesondere ließ er es sich angelegen sein, die individuelle Krankenbehandlung möglichst zu vervollkommnen und die Krankenpflege zu heben. Daneben fand er noch Zeit, sich wissenschaftlich zu betätigen. Alle seine Abhandlungen zeugen von einem umfassenden Wissen, einer scharfen Beobachtung und trefflichen Darstellung. Von seiner Arbeitskraft und Schaffensfreude hätte die württembergische Psychiatrie noch manche schöne Frucht erhoffen dürfen.

Seit 1901 steht die Anstalt unter dem ärztlichen Direktor Dr. *Krimmel*, welcher in zielbewußter Weise sowohl die bauliche Vervollkommnung der Anstalt, als auch die verwaltungstechnische Modernisierung des Betriebes und die Weiterentwicklung der praktischen Irrenpflege in Angriff genommen und bedeutend gefördert hat. Ihm ist es heute zu danken, daß die Anstalt sowohl nach außen wie nach innen den Vergleich mit keiner andern Anstalt zu scheuen hat, und daß sie nach 100 Jahren noch die regen Triebe des Vorwärtsstrebens und der Aufwärtsentwicklung in unverminderter Kraft besitzt und betätigt.

Daß in einem Lande von der Größe Württembergs mit nunmehr fünf staatlichen Irrenanstalten Zwiefalten jederzeit eine bedeutende Rolle gespielt hat, ist ohne weiteres verständlich. Schon ihre Stellung als Mutteranstalt der lange Jahre überragenden Anstalt Winnental verbürgt ein gewisses Ansehen. Die Bedeutung ihrer ärztlichen Leiter, sei es in praktischer, sei es in wissenschaftlicher Beziehung, hat die Anstalt Zwiefalten während 100 Jahren ehrenvoll bestehen lassen. Ihr Einfluß auf die anderen Anstalten ist in vieler Richtung ein sehr nennenswerter; dazu trägt schon der Umstand bei, daß frühere Zwiefaltener Ärzte sich an sechs Anstalten des Landes befinden und als lebendige Vermittler dort gesammelter Anschauungen und Erfahrungen wirken. Die gerichtliche Psychiatrie des Landes hat von Zwiefalten den stärksten und nachhaltigsten Anstoß erhalten. In der Modernisierung der Einrichtungen und des Betriebes ist Zwiefalten den Anstalten Schussenried und Winnental vorangegangen. Die in Zwiefalten bewährten Reformen haben sich bei der Errichtung Weißenaus und noch mehr beim Neubau Weinsbergs nicht verleugnet und ihre Früchte getragen.

Alles in allem dürfen wir wohl sagen, die Anstalt Zwiefalten ist der Ursprung der württembergischen Psychiatrie, sie bildet auch jetzt noch ein Bindeglied zwischen den anderen Anstalten und hat es trotz ihrer 100 Jahre verstanden, den neuzeitlichen Forderungen, soweit es die Verhältnisse gestatten, vollauf gerecht zu werden.

Möge ihr auch das zweite Jahrhundert ihres Bestehens reiche Erfolge bescheren!

Literatur.

Medizinalrat Dr. *Camerer*, Die Entwicklung der Irrenfürsorge im Kgr. Württemberg. Carl Marhold. Halle a. S. 1911.

Med.-Räte Dr. *Camerer* und *Krimmel*, Geschichte der Kgl. württ. Heilanstalt Zwiefalten 1812—1912.

Med.-Rat Dr. *J. L. A. Koch*, Zur Geschichte des Irrenwesens in Württemberg. Württ. Med. Korrbl. 1879.

Marquart, Zur Geschichte des Irrenwesens in Württemberg. Württ. Med. Korrbl. 1905, 1906, 1907.



Die Lungenheilstätte der Kgl. Heilanstalt Zwiefalten.

Von

Medizinalrat Dr. **Krimmel**, Direktor der Anstalt.

Die Bekämpfung der Tuberkulose in den Irrenanstalten ist ebenso wichtig als schwierig; wichtig, weil die Tuberkulose die Sterblichkeit in den Irrenanstalten in hohem Grade beeinflußt, schwierig. weil die Zerstreuung der Krankheitserreger nur schwer zu verhüten und andererseits die Widerstandfähigkeit der Geisteskranken gegen Ansteckung und deren Folgen vielfach erheblich vermindert ist. Erste Voraussetzung einer wirksamen Bekämpfung der Tuberkulose in den Irrenanstalten ist die Trennung der tuberkulösen Kranken von den anderen Pfleglingen. Hiezu stehen den neuen, im Pavillonsystem erstellten Anstalten besondere Häuser zur Verfügung. Ungleich weniger günstig liegen die Verhältnisse in den adaptierten Anstalten wie Zwiefalten, die aus einem großen Gebäudeblock bestehen. Die Absonderung tuberkulöser Kranken begegnet da mancherlei Schwierigkeiten.

Auch in Zwiefalten ließ sich die Trennung der Kranken nur unvollkommen durchführen. Deshalb wurde im Jahr 1903 zur Unterbringung tuberkulöser Männer auf dem Gebiet der 1897 eingerichteten Männerkolonie Loreto eine Döckersche Baracke aufgestellt. Die Baracke, die Raum für 9 Kranke und 2 Wärter bot, wurde, nachdem sich deren versuchweiser Betrieb gut bewährt hatte, im Jahr 1905 durch eine größere und fester gebaute Döcker-Unmacksche Baracke ersetzt. Die Lungenheilstätte liegt etwa 710 m über dem Meer und 160 m über der Talsohle am Südabhang des Bergrückens, auf dessen



Höhe die Wirtschaftgebäude der Kolonie Loreto stehen, eines in das zum Gebiet der Donau gehörige Aachtal vorspringenden Ausläufers der schwäbischen Alb. Sie lehnt sich unmittelbar an den Berg an und ist durch ihn gegen Nord- und Nordostwinde, gegen Westwind durch einen Buchenwald geschützt. Die Lage ist durchaus ruhig und völlig staubfrei.

Vor der Baracke, die ein kleines Gärtchen ziert, breiten sich bis an die weiter unten sich anschließenden Wälder duftige Bergwiesen aus. Ein schöner Blick über die umgebende Landschaft und eine herrliche Fernsicht erhöhen den Reiz der Lage. Das Klima von Loreto entspricht etwa dem Klima des als Kurort für Lungenkranke bekannten Schömberg auf dem Württ. Schwarzwald; die Schwankungen der Temperatur scheinen auf Loreto noch etwas geringer zu sein, wie in Schömberg. Die hohe und gegen Süden offene Lage sichert der Lungenheilstätte eine lange und starke Sonnenbestrahlung, die gleichwohl selbst im Hochsommer nie lästig wird. Dichte Nebel sind selten. Die Entfernung von der Anstalt beträgt etwa 40 Minuten.

Die Baracke bietet in zwei lichten und behaglichen Räumen Platz für 16 Kranke. In der Mitte befinden sich zwei mit den Krankenräumen durch ein kleines Fenster verbundene Gelasse für je einen Wärter, ein Geräteraum und eine Spülküche, sowie zwei Aborte. Besondere Ventilationseinrichtungen ermöglichen auch bei geschlossenen Fenstern gründliche Entlüftung, zwei Mantelöfen gehörige Erwärmung der Baracke; zur Beleuchtung dienen Petroleumlampen. Die Doppelfenster haben Dornverschluß, aber keine Vergitterung; die unteren Flügel der Fenster werden wie die Eingangtüre meist geschlossen gehalten, dagegen können die oberen Flügel, ohne die Sicherheit der Kranken zu gefährden, geöffnet werden. Unmittelbar neben der Baracke befindet sich eine Liegehalle für 10 Kranke, sowie ein kleines Gartenhaus. Den Dienst in der Lungenheilstätte besorgen zwei Wärter; die Verköstigung erfolgt von dem wenige Minuten entfernten Wirtschaftgebäude der Kolonie. Der Gesamtaufwand für die Erstellung der Baracke betrug etwa 12 000 Mk. Der Aufwand für ein Krankenbett kam sonach auf 750 Mk. zu stehen.

Die so eingerichtete Lungenheilstätte bietet nicht nur Gelegenheit, tuberkulöse Kranke, soweit sie nicht dauernder Überwachung oder besondrer Pflege bedürfen, von den anderen Kranken zu trennen, ja sie ganz aus dem Bereich der Anstalt zu entfernen, sondern auch die Möglichkeit, ihnen eine den neusten Anforderungen der Phthiseotherapie entsprechende Heilstättenbehandlung angedeihen zu lassen. Die in der Heilstätte verpflegten Kranken werden, so oft es nur die Witterung gestattet, von morgens bis abends in die Liegehalle verbracht;



und dies ist dank der günstigen Lage den ganzen Winter hindurch möglich. Unterstützt wird die Freiluftkur durch kräftige Ernährung, abhärtende und anregende Abwaschungen sowie durch Verabreichung von Kreosotpräparaten, neuerdings in geeigneten Fällen auch durch Behandlung mit Tuberkulin. Die Kranken erhalten die gewöhnliche Kost der III. Verpflegungsklasse, dazu aber noch Zulagen von Milch und Butter. Um den Kranken eine möglichst gute und bekömmliche Milch bieten zu können, wurde auf Loreto Ziegenhaltung und Ziegenzucht eingeführt.

Der Betrieb der Heilstätte verlief bisher ohne Störung und ohne Unfall. Die Baracke hat sich als dauerhaft und wetterbeständig erwiesen. Die Heilstättenbehandlung wirkte äußerst günstig. Die in der Heilstätte behandelten Kranken nehmen zumeist und zum Teil erheblich an Körpergewicht zu. Das Allgemeinbefinden der Kranken erfährt in der Regel eine auffallende Besserung; bei der Mehrzahl ließ sich auch eine Besserung des Lungenleidens selbst feststellen. Fast durchweg gewinnen die Kranken nach kurzer Zeit ein frischeres und gesünderes Aussehen; Appetit und Nahrungsaufnahme bessern sich. Die Kranken selbst fühlen sich in der Heilstätte recht wohl.

Rechtfertigt der Betrieb der Heilstätte sonach alle Erwartungen, so bleibt nur zu bedauern, daß die Einrichtung der Heilstätte eine Beschränkung in der Auswahl der Kranken insofern nötig macht, als unruhige, sowie besonderer Überwachung und Pflege bedürftige Kranke nicht in der Heilstätte untergebracht werden können. Leider ist ein weiterer Ausbau der Heilstätte wegen der Schwierigkeit der Beschaffung von Trink- und Nutzwasser auf Loreto kaum möglich. Dagegen könnte wohl eine nahe gelegene Domäne, Mochental, einst ein herrlicher Sommersitz der Äbte des Klosters Zwiefalten, leicht und ohne allzu große Kosten als Zweiganstalt von Zwiefalten zu einer Heilstätte für lungenkranke Geisteskranke beiderlei Geschlechts und jeder Zustandform eingerichtet werden, die nicht nur für die absonderungbedürftigen Kranken Zwiefaltens, sondern auch der beiden andern oberschwäbischen Staatsirrenanstalten Schussenried und Weißenau Raum genug böte. Damit bekäme Württemberg eine Anlage, um die es allerorts beneidet werden müßte. Der Plan, Mochental für Zwecke der Irrenpflege einzurichten, ist schon wiederholt, erstmals in den 40er und dann in den 70er Jahren des vergangenen

Jahrhunderts, sowie erst wieder in den letzten Jahren aufgegriffen, aber immer wieder aufgegeben worden. Sollten die guten Erfahrungen mit der Lungenheilstätte Loreto den Gedanken aufs neue zu beleben oder gar zu der endlichen Verwirklichung des Planes Anlaß zu geben vermögen, so gäbe die Anstalt Zwiefalten damit für die Weiterentwicklung der württembergischen Irrenfürsorge im folgenden Jahrhundert eine in ihren Folgen höchst segensreiche Anregung.

Die Entwickelung der familialen Verpflegung der Königl. Heilanstalt Zwiefalten.

Von

Oberarzt Dr. **Gutekunst**, Zwiefalten.

Schon in den sechziger Jahren haben sich *Roller* und *Griesinger* mit der Frage der familialen Irrenpflege beschäftigt. *Griesinger* hat damals die Worte ausgesprochen, daß die familiäre Verpflegung für einen gewissen Teil der Irren die eigentlich und einzig richtige sei. Sie gewähre, was die prachtvollste und bestgeleitete Anstalt der Welt niemals gewähren könne, die volle Existenz unter Gesunden. die Rückkehr aus einem künstlichen und monotonen in ein natürliches und soziales Medium, die Wohltat des Familienlebens. Zu praktischen Versuchen ist es jedoch lange nicht gekommen, *Griesinger*[1]) wurde wegen seiner Reformideen sogar vielfach heftig angegriffen, und jahrelang wurden über die Frage der familialen Verpflegung Geisteskranker in zum Teil leidenschaftlicher Weise Erörterungen gepflogen. Allmählich ist jedoch eine Ruhe in den Erörterungen über dieses Thema eingetreten, man machte Versuche, und die Praxis hat gelehrt. daß die Familienpflege als eine Ergänzung der therapeutisch notwendigen Verpflegungsformen, als ein wichtiger therapeutischer Faktor in der Irrenpflege anzusehen ist.

Der Einführung der familialen Irrenpflege in Württemberg hat Medizinalrat Dr. *Rank*[2]) in Weißenau, damaliger Oberarzt der Provinzialirrenanstalt Nietleben bei Halle a. S. in seiner Abhandlung über „Die familiale Irrenpflege mit besonderer Berücksichtigung der öffentlichen

[1]) Von 1840—1841 Assistenzarzt der K. Heilanstalt Winnental.

[2]) Von 1879—1883 Assistenzarzt der K. Pflegeanstalt Zwiefalten.



Irrenfürsorge in Württemberg", Juli 1891, warm das Wort geredet. Er wies darauf hin, „daß sich Württemberg ja schon an und für sich vermöge des konservativen Charakters seiner Bevölkerung und deren vorzugweisen Beschäftigung mit Kleinlandwirtschaft mehr als irgendein anderes Land zu einem derartigen Versuche eigne."

Im Jahre 1895 wurde in Schussenried der erste Versuch mit der familialen Verpflegung zweier Kranker gemacht. Der Versuch schlug in beiden Fällen fehl. Der erste nach 5 Tagen „durch Eintritt eines unerwarteten schweren Exaltationsstadiums" des Kranken, der andere „ohne Nachteil für die Kranke dadurch, daß diese sich in die Verhältnisse der Pflegefamilie weniger zu schicken wußte, als in die der Anstalt". In Zwiefalten war es nun, wo im Jahre 1896 die familiale Verpflegung zuerst in ausgedehntem Maße eingeführt worden ist. Besondere Verdienste hat sich um ihre Einführung Med.-Rat Dr. *Kemmler* [1]) in Weinsberg, damaliger Sekundärarzt in Zwiefalten, erworben, er hat die familiale Verpflegung in Zwiefalten gewissermaßen ins Leben gerufen.

Bevor ich auf ihre Installation i. J. 1896 zu sprechen komme, dürfte es interessieren, daß in Zwiefalten unter der Direktion des Ober-Med.-Rat Dr. *Schaeffer* [2]) schon in den Jahren vor und um 1870 verschiedene Kranke eine Verpflegungsform genossen haben, welche der familialen Verpflegung in gewissem Sinne nahegekommen war. So arbeiteten 2—3 Kranke bei hiesigen Handwerkern. Sie verließen morgens die Anstalt, beschäftigten sich tagüber bei den betreffenden Handwerkern, in deren Familie sie verköstigt wurden, und kehrten abends zum Nächtigen in die Anstalt zurück. Etwa 6—8 Kranke halfen im Sommer und im Herbst den Landwirten der Umgebung bei ihren landwirtschaftlichen Arbeiten. Sie kehrten zum Teil abends in die Anstalt zurück, zum Teil genossen sie über diese Zeiten Wohnung und Verpflegung im Hause der betreffenden Landwirte. Einige Kranke betätigten sich in dem der Anstalt gegenüberliegenden Bräuhaus, sie besorgten das Geschäft des Einschänkens. Allmählich scheint diese freie Art der Behandlung, welche den jetzigen Idealen auch nur wenig zu entsprechen vermag, zu Unzuträglichkeiten geführt zu haben. Sie wurde im Jahre 1874 eingeschränkt und verschwand in den folgenden Jahren ganz.

Die Familienpflege im eigentlichen Sinne ist, wie schon erwähnt, im Jahre 1896 in Zwiefalten eingeführt worden. Über den Mechanismus

[1]) Von 1895—1901 Sekundär- bzw. Oberarzt der K. Heil- und Pfleganstalt Zwiefalten.

[2]) Von 1838—1874 Direktor der K. Pfleganstalt Zwiefalten.

ihrer Einführung und ihren praktischen Betrieb hat Oberarzt Dr. *Schott*[1]), zurzeit dirig. Arzt in Stetten, damaliger Oberarzt der hiesigen Anstalt. in seiner Mitteilung über „die Erfahrungen mit der familialen Verpflegung von Geisteskranken der Kgl. Heilanstalt Zwiefalten“ [2]) im Jahre 1904 ausführlich berichtet. Der praktische Betrieb der Familienpflege ist auch heute noch derselbe geblieben, so daß es sich erübrigt, hierauf noch einmal des näheren einzugehen.

In der Zeit von 1896—1911 sind im ganzen 191 Kranke (100 Frauen und 91 Männer) in familiale Verpflegung gegeben worden, die wiederholt in Familienpflege gegebenen Kranken eingerechnet. Die Verteilung der Kranken auf die einzelnen Jahre ist aus den Kurve der Tabelle I a, b und c ersichtlich. Diese Tabelle illustriert zugleich die Zahl der in dem jeweiligen Jahre wieder aus der Familienpflege ausgetretenen Kranken und den Bestand der Familienpfleglinge am Ende des jeweiligen Jahres.

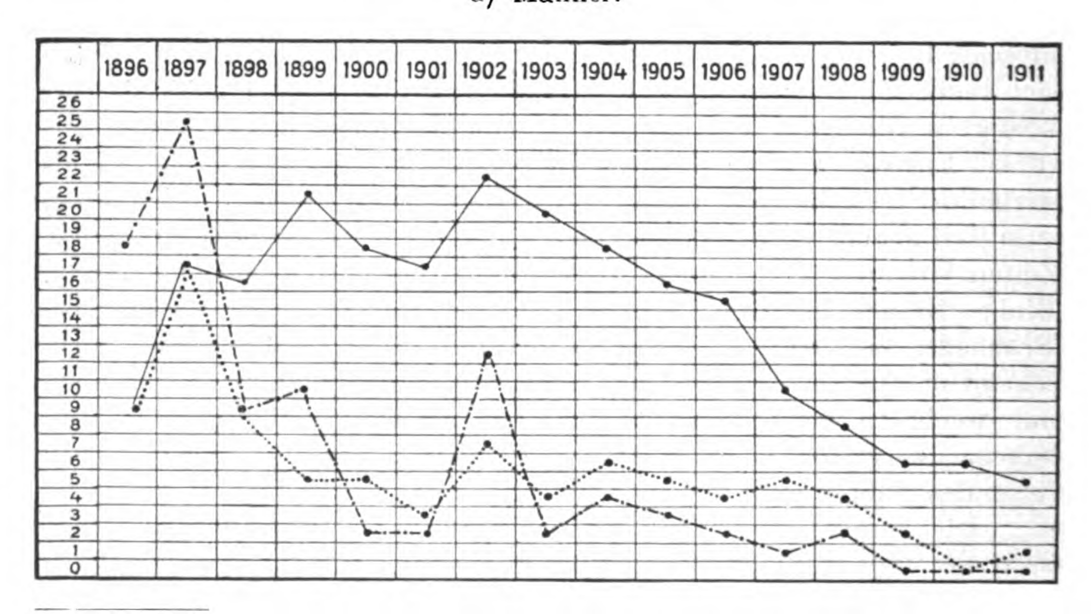
Tabelle I.

— · — · — · Zahl der in dem jew. Jahr in die Familienpflege eingetretenen Kranken.

. . . . Zahl der in dem jew. Jahr aus der Familienpflege ausgetretenen Kranken.

——————— Zahl der Familienpfleglinge am Ende des jew. Jahres.

a) Männer.

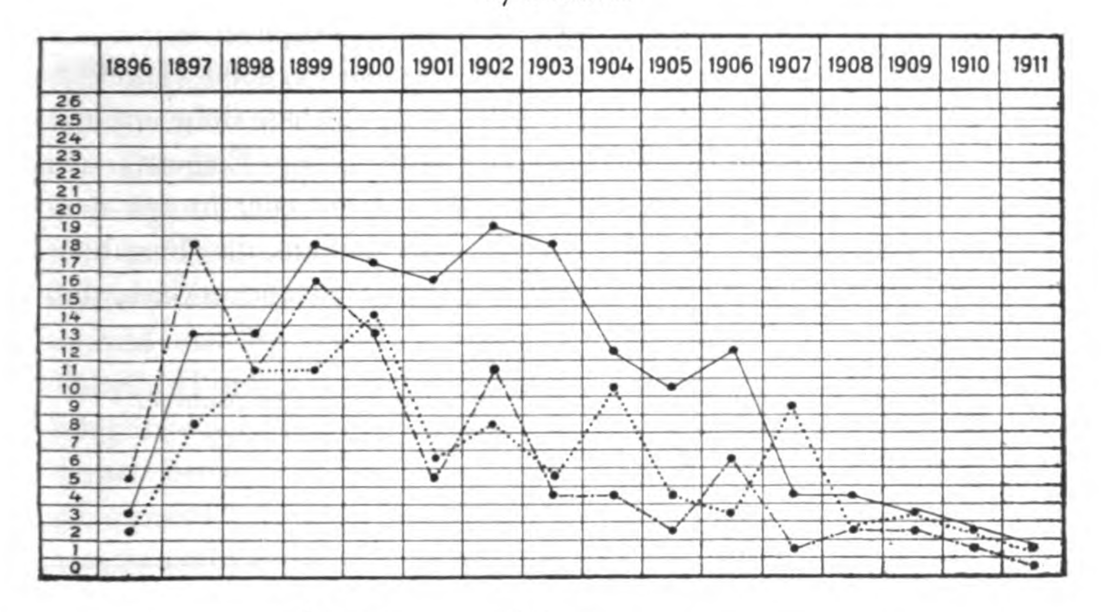


---

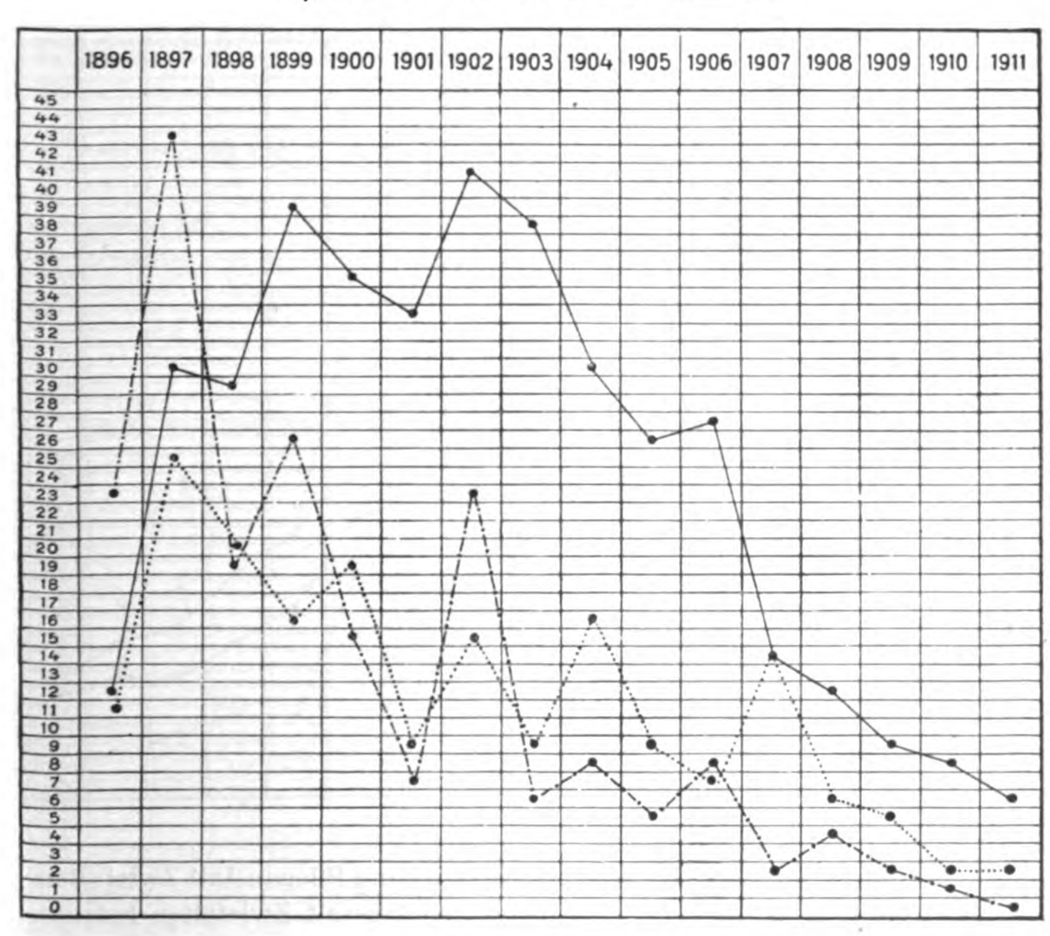
[1]) Von 1896—1897 Assistenzarzt und von 1901—1903 Oberarzt der K. Heilanstalt Zwiefalten.

[2]) Württ. Med. Korrespondenzbl. 1904.

b) Frauen.



c) Männer und Frauen zusammen.



Überblickt man diese zahlenmäßige Entwicklung der familialen Verpflegung, so sieht man, daß die Zahl der Familienpfleglinge in den Jahren 1897 (damal. Sekundärarzt Dr. *Kemmler*), 1899 (Direktor Dr. *Binder* [1])), 1902 (Direktor Dr. *Krimmel* [2])) die höchste Höhe erreicht hat. Mit dem Steigen der Zahl der in Familienpflege Eingetretenen steigt auch in der Regel schon in demselben Jahre oder in den dem Anstieg zunächst folgenden Jahren die Zahl der aus der Familienpflege Ausgetretenen, was sich leicht aus dem Umstand erklärt, daß

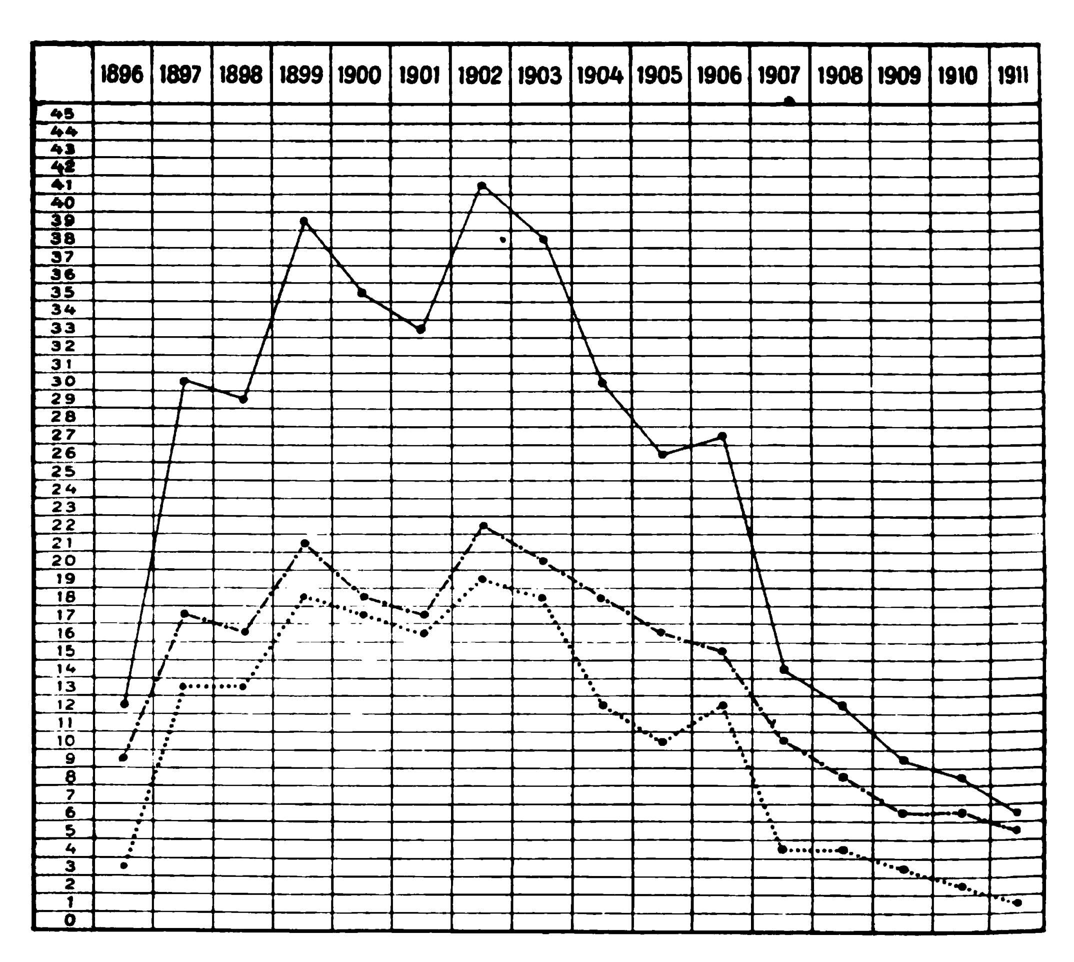
Tabelle II.

Zahl der Familienpfleglings am Ende des jeweiligen Jahres.

Männer — — — — —

Frauen . . . .

Männer u. Frauen zus. ————



[1]) Von 1898—1901 Direktor der K. Heil- und Pfleganstalt Zwiefalten.

[2]) Seit 1901 mit der Leitung der K. Heilanstalt Zwiefalten betraut.

von der in jenen Jahren nicht unerheblichen Zahl der Familienpfleglinge manche beurlaubt wurden, sich als ungeeignet erwiesen, körperlich erkrankten oder aus anderen später noch zu erwähnenden Gründen wieder in die Anstalt zurückgenommen worden sind.

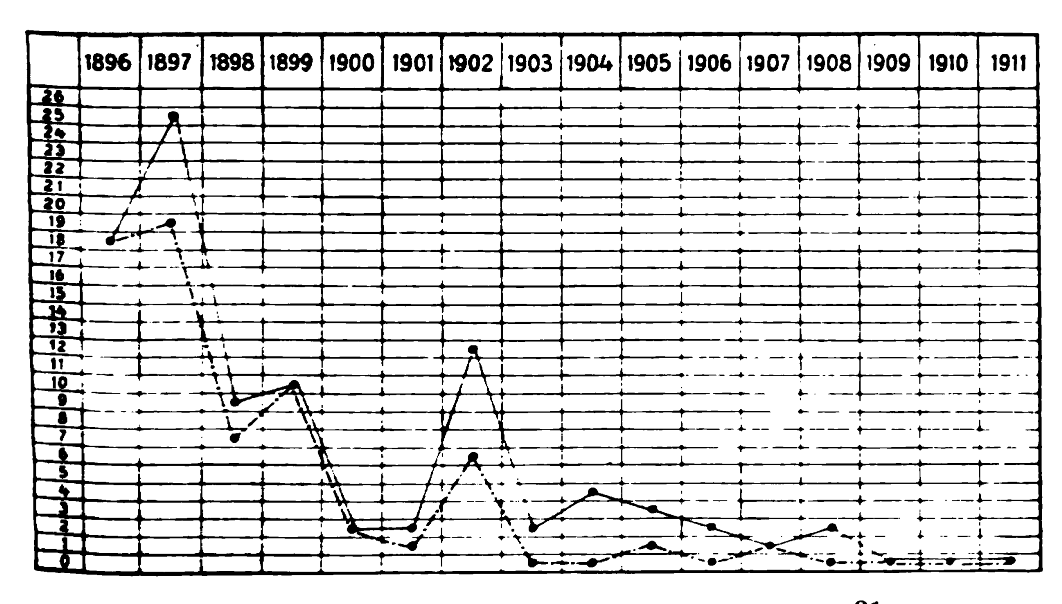
Der Bestand der Familienpfleglinge berechnet auf das Ende des jeweiligen Jahres hat deshalb zunächst wohl einen Aufstieg erfahren und hat in den Jahren 1897, 1899 und 1902 die höchste Zahl erreicht, er vermochte sich jedoch nicht auf dieser Höhe zu erhalten. Dies ist sowohl aus den Tabellen I bzw. I c, als auch aus den Kurven der Tabelle II deutlich ersichtlich, welche über den Bestand der Familienpfleglinge am Ende des jeweiligen Jahres Aufschluß gibt. Der höchste derart berechnete Bestand wurde im Jahre 1902 mit 41 Familienpfleglingen (22 Männern und 19 Frauen) erreicht — bei einem Gesamtkrankenbestand von 567 Pfleglingen (326 Männern und 241 Frauen). Vorübergehend war in diesen Jahren ab und zu eine höhere Zahl von Kranken in Familienpflege, im Jahre 1902 haben sich einmal kurze Zeit 45 Kranke in familialer Pflege befunden.

Tabelle III.

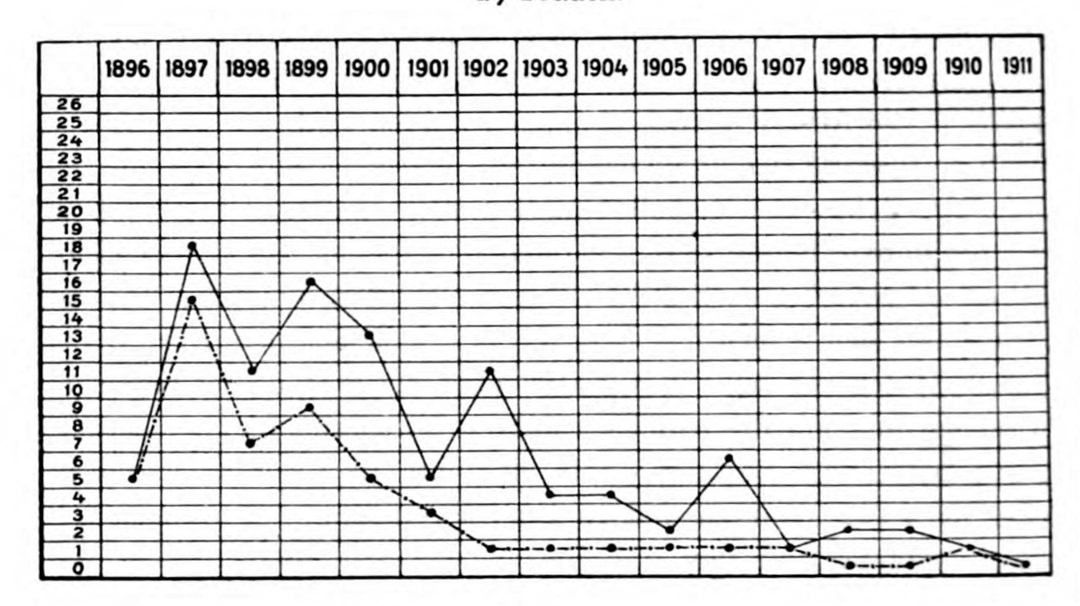
—·—·— Zahl der in dem jeweiligen Jahr erstmals in die F.-Pflege eingetretenen Kranken.

——— Zahl der in dem jeweiligen Jahre erstmals und wiederholt in die F.-Pflege eingetretenen Kranken, d. h. Gesamtzahl der in F.-Pflege gegebenen Kranken in dem jeweiligen Jahre.

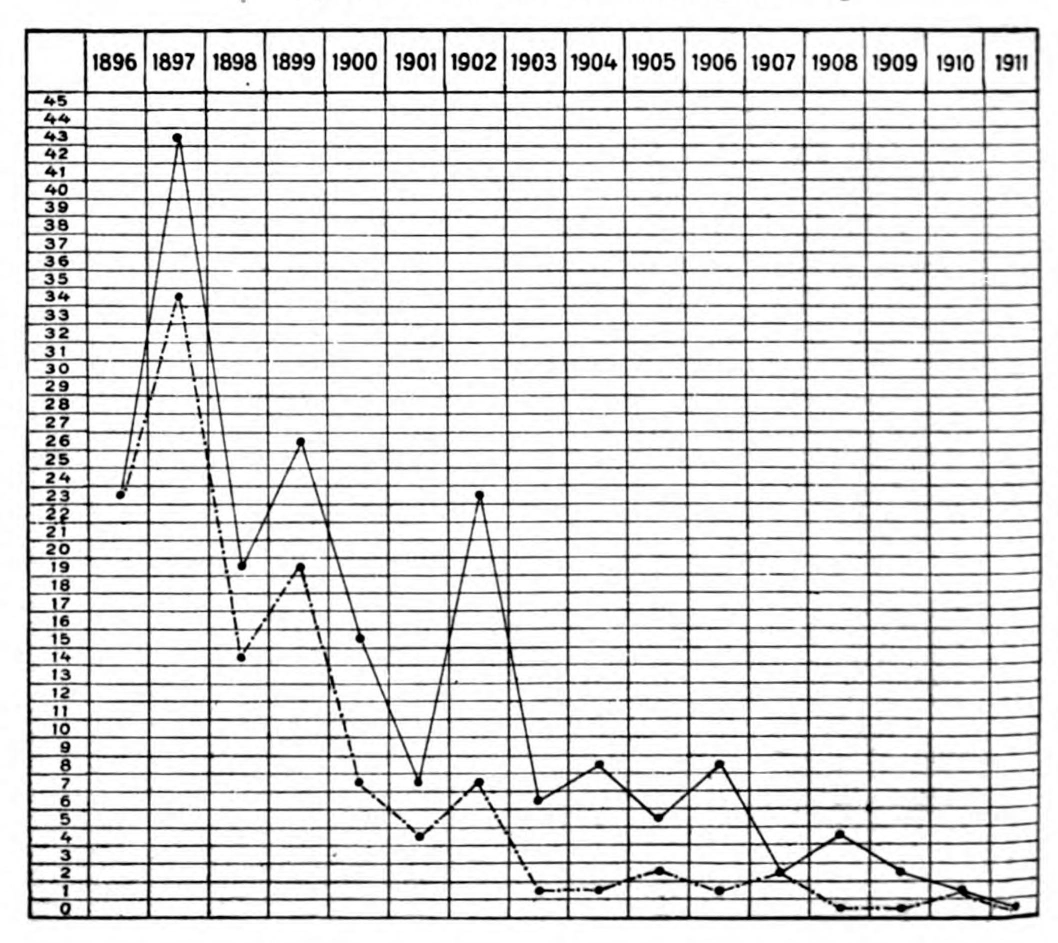
a) Männer.



b) Frauen.



c) Männer und Frauen zusammen.



Unter den Familienpfleglingen waren nun schon vom Jahre 1897 ab Kranke, welche nicht zum ersten Male, sondern wiederholt in familiale Verpflegung gegeben worden sind. Wie sich die Zahl der erstmals in dem jeweiligen Jahre in die Familienpflege eingetretenen Kranken zu der Zahl der in dem jeweiligen Jahre erstmals und wiederholt in Familienpflege Eingetretenen, also zu der Gesamtzahl der in dem jeweiligen Jahre in Familienpflege hinausgegebenen Kranken verhält, bringt die graphische Darstellung Tabelle III a, b und c zum Ausdruck.

Aus diesen Tabellen geht hervor, daß es schon nach der ersten Auslese der für die Familienpflege geeigneten Kranken in den Jahren 1896 und 1897 recht schwierig war, weitere geeignete Pfleglinge aus dem Gesamtkrankenbestand herauszufinden. So darf es nicht überraschen, daß bei dem nochmaligen Ansteigen der Zahlen der Familienpfleglinge in den Jahren 1899 und 1902 in dem ersteren Jahre von 26 nur 19 und im Jahre 1902 von 23 nur noch 7 solcher Kranker waren, welche zum ersten Male familiale Verpflegung genießen durften.

Den Grund des Austritts aus der familialen Verpflegung bzw. deren Unterbrechung bildeten bei den 91 Männnern:

Entlassung bzw. Beurlaubung	15	Fälle
Entweichung und Beurlaubung	6	„
Abgang durch Tod	3	„
Rückkehr in die Anstalt auf eig. Wunsch	10	„
Körperliche Erkrankung	19	„
Vorübergehende psychische Erregung teilw. infolge Wirtshausbesuches	11	„
Drang zum Weglaufen	4	„
Unbotmäßigkeit, sexuelle Erregung, Neigung zu Betteln	6	„
Unreinlichkeit	4	„
Unzweckmäßige Behandlung durch die Pflegefamilie	4	„
Sonstige Gründe (Krankheit und Verziehen der Pflegeeltern, Brandfall im Hause der Pflegeeltern)	4	„
Zusammen	86	Fälle

Am Ende des Jahres 1911 befanden sich 5 Männer in Familienpflege.

Den Grund des Austritts aus der familialen Verpflegung bzw. deren Unterbrechung bildeten bei den 100 Frauen:



Entlassung bzw. Beurlaubung	6	Fälle
Entweichung und Beurlaubung	0	„
Abgang durch Tod	1	„
Rückkehr in die Anstalt auf eigenen Wunsch	12	„
Wunsch nach Wechsel der Pflegestelle	5	„
Körperliche Erkrankung	23	„
Vorübergehende psych. Erregung	13	„
Drang zum Weglaufen	16	„
Unverträglichkeit, sexuelle Erregung, Pflegebedürftigkeit	13	„
Unreinlichkeit	4	„
Unzweckmäßige Behandlung durch die Pflegefamilie	2	„
Sonstige Gründe (Erkrankung, Verziehen der Pflegefamilie)	4	„
Zusammen	99	Fälle

Am Ende des Jahres 1911 befand sich 1 Frau in Familienpflege.

Die absolute Zahl der Kranken, welche von 1896—1911 im Genuß der familialen Verpflegung gestanden sind abzüglich der wiederholt in Familienpflege Untergebrachten, beläuft sich auf 116 Pfleglinge (65 M. und 51 Fr.).

Von den 65 Männern konnten 21 entlassen bzw. beurlaubt werden, wovon 3 später wieder aufgenommen werden mußten. 10 erwiesen sich trotz mehrfacher Versuche als ungeeignet zur familialen Verpflegung. 3 Kranke starben. Die anderen Kranken wurden aus den oben erwähnten Gründen in die Anstalt zurückgenommen. Von den 5 männlichen Kranken, welche Ende 1911 noch in familialer Pflege untergebracht waren, befindet sich 1 Kranker seit 1897, 1 Kranker seit 1899, 1 Kranker seit 1900, 1 Kranker seit 1902 ununterbrochen in Familienpflege. Bei 1 Kranken mußte die seit 1897 bestehende familiale Verpflegung wegen eines im Hause der Pflegefamilie entstandenen Brandfalles auf kurze Zeit unterbrochen werden.

Von den 51 Frauen wurden 6 entlassen bzw. beurlaubt. 13 erwiesen sich trotz wiederholter Versuche als ungeeignet zu familialer Verpflegung. 1 Kranke ist gestorben. Die anderen Kranken kamen aus den oben erwähnten Gründen in die Anstalt zurück. Die Kranke, welche Ende 1911 in F.-Pflege untergebracht war, befindet sich seit 1903 in familialer Verpflegung.

Was die psychischen Krankheitformen der in Familienpflege hinausgegebenen Kranken betrifft, verteilen sie sich auf die 116 Familienpfleglinge wie folgt:



Von den 65 männlichen F.-Pfleglingen litten bzw. leiden an

Dementia praecox

Hebephrenie	26	
Katatonie	4	
Halluz. Demenz	2	32
Chron. paran. Erkrankung		17
Idiotie, Imbezillität		14
Konstitutionelle Entartung		1
Senile Demenz		1

Von den 51 weiblichen F.-Pfleglingen litten bzw. leiden an

Dementia praecox

Hebephrenie	22	
Katatonie	3	
Halluz. Demenz	2	27
Chron. paranoische Erkrankung		15
Idiotie, Imbezillität		5
Senile Demenz		2
Chron. Alkoholismus		1
Akute halluzinatorische Verwirrtheit		1

Zu den Pflegestellen sind für die 191 in Familienpflege Untergebrachten insgesamt 94 verschiedene Pflegefamilien in Anspruch genommen worden. Von diesen 94 Pflegestellen wurden 89 ihrer Aufgabe gerecht, 5 erwiesen sich als ungeeignet. Den einen mangelte das Verständnis für die Kranken, die anderen ließen es an der nötigen Beaufsichtigung und Reinlichkeitspflege fehlen. Ein Kranker wurde von dem Pflegevater geschlagen.

Die Pflegestellen verteilen sich auf folgende Orte in der Umgebung Zwiefaltens:

Name des Ortes:	Entfernung von Zwiefalten:
Aichstetten	10 km
Baach	2 ,,
Emeringen	6 ,,
Friedingen	10 ,,
Gauingen	4 ,,
Geisingen	6 ,,
Georgenhof	10 ,,
Hayingen	8 ,,
Hochberg	4 ,,
Huldstetten	6 ,,
Ittenhausen	13 ,,
Moersingen	5 ,,
Oberwilsingen	7 ,,



Name des Ortes:	Entfernung von Zwiefalten:
Pflummern	10 km
Sonderbuch	4 „
Wimsen	4 „
Zwiefalten	— „

Seit Jahren wurde der Kreis dieser Ortschaften immer enger gezogen, und Ende 1911 waren die Familienpfleglinge ausschließlich in den Zwiefalten naheliegenden Ortschaften Baach, Gauingen, Hochberg untergebracht.

Das Vorhergehende sollte ein Versuch sein, ein Bild von der äußeren Entwicklung der Familienpflege der K. Heilanstalt Zwiefalten zu geben. Welche Erfahrungen haben wir nun mit der familialen Verpflegung bisher gemacht, und was dürfen wir aus ihrer bisherigen Entwicklung folgern?

Von schwereren Unglücksfällen sind die Familienpfleglinge bisher verschont geblieben. Einmal erlitt ein Kranker durch einen Pferdehufschlag eine Verletzung im Gesicht, die sich jedoch nicht als sonderlich schwer erwies. Die in Familienpflege Verstorbenen starben eines natürlichen Todes: 2 Männer an akuter Herzinsuffizienz, 1 an einer rasch zum Tode führenden Hirnblutung. Bei der in Familienpflege verstorbenen Frau bildete ein Leberkrebs die Todesursache. Die Kranke setzte der Absicht, sie wegen ihrer Erkrankung in die Anstalt zurückzuverbringen, energischen Widerstand entgegen. Sie wurde von ihrer Pflegefamilie mit großer Aufopferung bis zu ihrem Tode gepflegt.

Auch sonst hat die familiale Verpflegung zu keinen erheblichen Unzuträglichkeiten geführt. Gewaltakte von seiten der Kranken sind nicht vorgekommen, wenn manche Familienpfleglinge sich zuweilen auch als unbotmäßig und gereizt erwiesen. Über solche Zeiten vorübergehender Erregung wurden sie in die Anstalt zurückgenommen.

Im Oktober 1897 belästigte ein an angeborenem Schwachsinn leidender Kranker ein sechsjähriges Mädchen. Er soll es in den Arm genommen und geküßt haben. Der Kranke wurde daraufhin sofort in die Anstalt zurückgenommen. Einmal wurde zur Anzeige gebracht, daß Kinder durch eine Kranke bedroht worden seien. Nachforschungen ergaben die völlige Harmlosigkeit dieser Bedrohungen.

Im Jahre 1905 wurde in der Finanzkommission der Kammer der Abgeordneten zur Sprache gebracht, „daß schon von dritter unbeteiligter Seite beobachtet worden sei, wie sog. Familienpfleglinge den Kindern der



Familie, in welcher sie untergebracht waren, durch ihr Verhalten (schlechte Manieren oder gar sexuelle Ausschreitungen) gefährlich geworden seien".

Die damals angestellten umfangreichen Erhebungen haben nichts ergeben, was für dergleichen Vorkommnisse gesprochen hätte. Zwei weibliche Kranke mit Neigung zu obszönen Schimpfereien auch sexuellen Inhalts waren schon 1904 wegen ihres ungeeigneten Verhaltens in die geschlossene Anstalt zurückgenommen worden.

Im Jahre 1907 ist über einen Kranken in einem anonymen Briefe berichtet worden, daß er für Kinder gefährlich sei. Die angestellten Nachforschungen ergaben ebenfalls die völlige Haltlosigkeit dieser Beschuldigung. Das Motiv der Anzeige waren offenkundig Neid und Mißgunst eines nicht mit einem Familienpflegling bedachten Bauern.

Im April 1911 verursachte ein Familienpflegling versehentlich einen belanglosen Waldbrand. Die Pflegefamilie hatte es in diesem Falle an der gehörigen Beaufsichtigung fehlen lassen. Der Kranke wurde in die Anstalt zurückgenommen.

Dies sind die störenden Zwischenfälle, die bisher in der Familienpflege vorgekommen sind. Man darf wohl sagen, daß sie bei der hohen Zahl der Versuchsfälle und bei der immerhin schon langen Dauer der Ausübung der familialen Verpflegung in Zwiefalten gegen diese Verpflegungsform kaum ins Gewicht fallen dürften. Bleiben wir doch in der geschlossenen Anstalt selbst keineswegs von unliebsamen Vorkommnissen und Unfällen bewahrt. Immerhin weisen diese Fälle darauf hin, daß die Auswahl sowohl der Familienpfleglinge als auch der Pflegefamilien besonderer Sorgfalt und Vorsicht bedarf.

Der Boden für die Ausführung der Familienpflege erwies sich in Zwiefalten als denkbar günstig. Die Erfahrung bestätigte durchaus die Hoffnungen, welche in dieser Hinsicht vor Ausübung der Familienpflege auf die hiesige Gegend gesetzt worden sind. Die Albdörfer und Höfe der hiesigen Umgebung bieten in ihrer idyllischen, abgeschiedenen Lage den Kranken Ruhe und die für sie wünschenswerten einfachen Verhältnisse. Größere Städte sind nicht in der Nähe, Fabriken fehlen, die Dörfer haben wenig Verkehr. Die Dorfbewohner sind bei einfacher, bescheidener, nicht an große Bedürfnisse gewöhnter Lebensweise ehrbar und mäßig. Sie treiben außer wenigen Handwerkern ausschließlich Landwirtschaft in der Form des landwirtschaftlichen Kleinbetriebes und stehen seit Jahrzehnten in geschäftlicher Verbindung mit der Anstalt. Die Umgebung, welche die Entwicklung der Anstalt seit einem Jahrhundert miterlebt hat, steht dem Umgang mit Geisteskranken mit viel weniger Voreingenommenheit und Mißtrauen gegenüber, als andere Gegenden. Die Bevölkerung hat sich



an den Umgang mit Geistesgestörten gewöhnt. Von besonderem Werte ist die Tatsache, daß schon seit Jahrzehnten männliche und weibliche Angehörige zahlreicher Familien der hiesigen Umgebung eine Ehre darein setzen, in den Anstaltdienst treten zu dürfen. Sie bleiben zumeist mehrere Jahre im Dienst der Anstalt, eignen sich gewisse Kenntnisse in der Irren- und Krankenpflege an und machen sich mit dem Wesen und der Behandlung Geisteskranker einigermaßen vertraut. Eine ansehnliche Zahl dieser Wärter und Wärterinnen haben sich zu allen Zeiten, besonders auch in den letzten Jahren, in der hiesigen Umgebung niedergelassen, so daß zahlreiche Pflegefamilien vorhanden sind, deren erwachsene Mitglieder als Pflegepersonal im Dienste der Anstalt gestanden haben. Gerade diese Pflegefamilien erhielten aus Zweckmäßigkeits- und aus Billigkeitsgründen den Vorzug, zumal da sie häufig der Anstalt und den Ärzten große Anhänglichkeit bewahren, mit Stolz von ihrer Anstaltzeit sprechen und es als Ehrensache betrachten, nicht nur einen Familienpflegling zu erhalten, sondern auch den an sie gestellten Anforderungen in dem Verständnis und in der Sorge für den Kranken gerecht zu werden. Die Erfahrung hat gelehrt, daß man solchen Pflegefamilien oft schwierige Aufgaben zumuten durfte. Sie brachten auch schwer zu behandelnden Kranken gutes Verständnis entgegen. Aus wohl verständlichen Gründen war die Nachfrage nach Kranken, welche im landwirtschaftlichen Betrieb beschäftigt werden konnten, ziemlich groß. Dieser Gesichtspunkt war jedoch nicht allein maßgebend zur Aufnahme von Familienpfleglingen. So erwähnt *Schott* z. B. folgenden Fall: Eine vermögliche Bauernfamilie, deren erwachsene Kinder sich auswärts befanden, nahm lediglich der Unterhaltung wegen eine Kranke bei sich auf und verpflegte sie in „so üppiger Weise“, daß die Auslagen für die Verköstigung usw. die Höhe des für die Kranke bezahlten Verpflegungsgeldes sicherlich erheblich überschritten. — Manchen Pflegefamilien war es Ehrensache, durch das Alter gebrechlich gewordene Kranke, die zu keinerlei Arbeit mehr fähig waren, in ihrem Hause mit großer Sorgfalt und unter Aufwendung einer besonders geeigneten Beköstigung solange zu pflegen, bis die weitere Verpflegung außerhalb der Anstalt aus ärztlichen Gründen nicht mehr angängig war. Egoistische Motive dürften bei solchen Familien schließlich keine Rolle mehr gespielt haben. Das Verhältnis der Pflegefamilien zu den Kranken

wurde eben, nachdem sich beide Teile aneinander gewöhnt hatten, häufig ein herzliches und fürsorgliches, die Kranken nahmen allmählich die Stellung von Familienmitgliedern im Hause ein.

Mit den Wohnungsverhältnissen durfte man zufrieden sein. Die Wohnungen entsprechen kleinbäuerlichen, jedoch keineswegs ärmlichen Verhältnissen. Sie sind zumeist gut gelüftet, die Pflegefamilien kommen auch den Forderungen der Sauberkeit und Reinlichkeit nach. Die Betten sind gut und reinlich gehalten.

Über die Art und Weise der Verköstigung wurden den Pflegefamilien keinerlei Vorschriften gemacht. Klagen über die Verköstigung sind trotz der liberalen Handhabung dieser Frage nach Ausweis der Akten weder früher noch in der letzten Zeit von Familienpfleglingen eingegangen. Die Kost ist einfach und ländlich. Sie sagt jedoch dem Geschmack manches aus bäuerlichen Verhältnissen hervorgegangenen Familienpfleglings vielleicht mehr zu, als die in der Anstalt gereichte auch dem verwöhnteren Gaumen Rechnung tragende Nahrung.

Die Kranken waren mit ihren Pflegestellen in der Regel auch zufrieden außer einigen nörglerischen, unzufriedenen Elementen, deren Wünsche nirgends zu befriedigen sind. Diese Art von Kranken war es auch vorwiegend, die auf eigenen Wunsch in die Anstalt zurückverlangten oder, wie besonders einige weibliche Familienpfleglinge, einen Wechsel der Pflegestelle anstrebten.

Grobe Behandlung Kranker von seiten der Pflegefamilie kam nur e i n m a l vor. Im Jahre 1897 wurde ein Pflegling von seinem Pflegevater geohrfeigt. Der Kranke wurde in die Anstalt zurückgenommen; in jener Pflegefamilie wurden keine Familienpfleglinge mehr untergebracht.

Daß die meisten Pflegefamilien es nicht an der nötigen Beaufsichtigung der Kranken fehlen ließen, dafür spricht deutlich die Tatsache, daß von 94 Familien nur 4 in dieser Beziehung ihrer Aufgabe nicht gewachsen waren. Im ganzen standen also 89 brauchbare Pflegefamilien zur Verfügung, eine Zahl, die der beste Beweis dafür sein dürfte, daß für die familiale Verpflegung in dieser Hinsicht hier die denkbar besten Verhältnisse gegeben sind. Wurde doch auch schon nach kurzer Zeit der Ausübung der Familienpflege erreicht, was von Anfang an angestrebt worden ist, daß die Annahme eines Pfleglings nicht als eine Gefälligkeit der Bevölkerung gegen die Anstalt, sondern



als eine Vergünstigung der Anstalt der Bevölkerung gegenüber aufgefaßt wird.

Die therapeutischen Erfolge der freien Behandlungsform der familialen Verpflegung sind nach der bisherigen Erfahrung recht gute. Die meisten Kranken sind in ihrem psychischen Verhalten weitergekommen. Sie lebten in dem ihnen von Haus aus gewohnten ländlichen Milieu auf und zeigten bald für alles Mögliche Interesse. Viele Pfleglinge, die in der Anstalt zu keiner Betätigung zu bewegen waren, griffen zur Arbeit und entwickelten sich allmählich zu wohl brauchbaren landwirtschaftlichen Kräften.

So arbeitet ein Kranker, welcher sich in der Anstalt nie zu einer Beschäftigung herbeigelassen und sich gegen die Unterbringung in Familienpflege geradezu gewehrt hatte, heute tüchtig und selbständig in der Landwirtschaft mit. Er fühlt sich sehr wohl in seiner Pflegestelle, ist durchaus zufrieden und unterhält freundliche Beziehungen mit seiner Pflegefamilie und den Dorfbewohnern, während er sich in der Anstalt stets von seiner Umgebung zurückgezogen und gegen Ärzte und Personal ablehnend verhalten hatte, ein Verhalten, das sich auch den Ärzten gegenüber seit langem geändert hat.

Intellektuell nicht mehr sonderlich hochstehende Pfleglinge ließen sich wenigstens zu mechanischen Arbeiten (Holztragen, Wasserholen usw.) gerne heranziehen und fühlten sich wohl bei dieser wenn auch einfachen Beschäftigung. Ein mutazistischer Katatoniker, welcher sich heute noch in Familienpflege befindet, hat sich in der Ortschaft, in welcher seine Pflegefamilie wohnt, über die örtlichen Verhältnisse und auch über die einzelnen Familien wohl orientiert. Er besorgt Aufträge, welche ihm schriftlich mitgegeben und welche auf schriftlichem Wege auch wieder erledigt werden, richtig und prompt. Während dieser Kranke seiner Pflegefamilie gegenüber zumeist willig und freundlich ist, zeigt er gegen den Arzt in der Regel ein ablehnendes Verhalten und hört häufig über die Zeit der Anwesenheit des Arztes mit der Arbeit auf.

Die Kranken haben die Freiheit der familialen Verpflegungsform stets angenehm empfunden und sie schätzen gelernt. Auch blöderen Familienpfleglingen kam die größere Freiheit und Selbständigkeit wohl zum Bewußtsein. So versäumte z. B. ein Kranker, welcher allmählich eine erhebliche intellektuelle Einbuße erlitten hatte, nie, wenn er zum regelmäßigen Bad in die Anstalt geführt wurde, seinen Pflegeeltern aufzutragen, daß sie ihn auch wieder mit nach Hause nehmen sollten.

Daß die familiale Verpflegung von günstigem Einfluß auf die Kranken war, geht auch daraus hervor, daß von 116 Pfleglingen 27 = 23% entlassen bzw. beurlaubt werden konnten, nachdem sie sich nach den mit ihnen in der Familienpflege gemachten Erfahrungen den normalen Lebensbedingungen gewachsen gezeigt hatten.



Zur Unterbringung in Familienpflege eigneten sich nach unseren Erfahrungen, wie aus der früher gegebenen Zusammenstellung ersichtlich ist, am besten die an Dementia praecox Leidenden und unter ihnen vorzugweise die hebephrenischen Kranken, welche durch die mancherlei Anregungen der Familie und des landwirtschaftlichen Betriebes aus ihrer Apathie aufgerüttelt wurden. Auch Imbezille und chronisch-paranoische Kranke stellten ein etwas größeres Kontingent. Die an anderen Krankheitformen Leidenden konnten nur vereinzelt in familiale Behandlung gegeben werden. Versuche mit manisch-depressiven, periodisch-manischen usw. Kranken wurden hier nie gemacht. Sind bei solchen Pfleglingen die freien Intervalle nur kurz, so eignen sie sich nicht zur Unterbringung in Familienpflege; haben die freien Zeiten längere Dauer, so kommen die Kranken in der Regel schon so frühzeitig zur Entlassung, daß sie die Zwischenstufe der Familienpflege nicht mehr zu passieren vermögen.

Fassen wir das über den therapeutischen Wert der familialen Verpflegungsform Gesagte zusammen, so können wir mit den hier gemachten Erfahrungen nur die recht guten Erfolge bestätigen, welche auch andere Anstalten innerhalb und außerhalb Württembergs in dieser Hinsicht mit der Familienpflege gemacht haben.

Wie kommt es nun, daß trotz des für die Familienpflege hier so günstigen Bodens und trotz der guten therapeutischen Erfolge die Zahl der Familienpfleglinge langsam aber stetig zurückgegangen ist?

Die Ursache für diesen Rückgang ist nicht in inneren, sondern lediglich in äußeren Gründen zu suchen. Zur Zeit der Einführung der familialen Verpflegung im Jahre 1896 war es bei der Art der damals in Zwiefalten untergebrachten Kranken — Zwiefalten war damals noch Pflegeanstalt und beherbergte in der Hauptsache chronisch Kranke — wohl möglich, aus dem Gesamtbestand eine erkleckliche Anzahl für Familienpflege geeigneter Kranken auszulesen. Schon in den der ersten Auslese folgenden Jahren war es erheblich schwieriger, weitere für die Familienpflege geeignete Kranke ausfindig zu machen, was in Berichten der Direktion im Jahre 1899 bei der zweiten Auslese schon zum Ausdruck gebracht worden ist. In Wirklichkeit war auch unter den in späteren Jahren in die Familienpflege hinausgegebenen Kranken ein großer Teil solcher Kranker, welche — wie aus den Tabellen III hervorgeht — nicht zum ersten Male, sondern wiederholt in familialer Verpflegung untergebracht worden waren. Trotzdem wurde im Jahre 1902 durch Med.-Rat Dr. *Krimmel* noch einmal eine sorgfältige Auswahl getroffen, und manche



früher mißglückten Versuche wurden wiederholt, so daß sich die Familienpflege damals einer hohen Blüte erfreute. In den folgenden Jahren jedoch setzte der langsame aber stetige Rückgang ein. Die Zahl der Familienpfleglinge wurde durch Entlassungen, Tod, Erkrankung, Zurücknahme von Kranken in die Anstalt aus den anderen früher erwähnten Gründen allmählich nicht unerheblich gelichtet. Die Zahl der in die Familienpflege Eintretenden vermochte aber mit der Zahl der aus der familialen Verpflegung Austretenden nicht mehr Schritt zu halten, denn nach der dreimaligen Auslese in den Jahren 1896/97, 1899, 1902 war es nachgerade nicht mehr möglich, aus dem alten Krankenbestand neue für die Familienpflege geeignete Kräfte zu finden. Der Bestand mußte also vorwiegend aus den Neuaufnahmen ergänzt werden. Dies wird durch äußere Verhältnisse jedoch außerordentlich erschwert.

Im Jahre 1899 bzw. 1903 wurde Zwiefalten des Charakters einer reinen Pflegeanstalt entkleidet. Seither mehrten sich die Aufnahmen Neuerkrankter, während vorher in der Hauptsache nur chronisch Kranke, unter welchen sich eher zur F.-Pflege geeignete Pfleglinge finden ließen, zur Aufnahme gelangt bzw. von anderen Anstalten nach Zwiefalten versetzt worden waren. Nach Zuteilung eines bestimmten Aufnahmebezirks an Zwiefalten im Jahre 1905 nahm der Andrang Neuerkrankter immer mehr zu, so daß es bald zur Überfüllung der Anstalt kam. Infolge der Überfüllung aber vermochte man seit Jahren nur die Schwerkranken aufzunehmen, die für F.-Pflege auch späterhin zumeist nicht in Betracht kamen.

Nach der Bekanntmachung des Kgl. Medizinalkollegiums vom 27. V. 1907 sind die Verpflegungsgelder der Staatsirrenanstalten neu geregelt bzw. erhöht worden. Infolge dieser Erhöhung der Verpflegungsgelder haben sowohl die zahlungpflichtigen Armenbehörden, welche seither häufiger in Anspruch genommen werden, ein vermehrtes Interesse daran, einmal, daß die Kranken möglichst frühzeitig, sobald es ihr Zustand einigermaßen erlaubt, zur Beurlaubung kommen, zum andern, daß chronische Kranke, welche infolge ihres psychischen Verhaltens nicht mehr unbedingt irrenanstaltbedürftig sind, wohl aber noch eine sachverständige Pflege brauchen, in Pflege- und Bewahranstalten um ein billigeres Verpflegungsgeld untergebracht werden. Diese letzte Tendenz der Armenbehörden usw. wird aus Gründen der Evakuierung der überfüllten Anstalten von den Anstalten selbst energisch unterstützt.

Unter diesen Verhältnissen war und ist es nahezu nicht mehr möglich, in den letzten Jahren gebesserte Kranke vor der Entlassung die Zwischenstufe der Familienpflege passieren zu lassen und von dieser wohl bewährten Verpflegungsform trotz besten Willens und eifrigsten Bestrebens der Ärzte ausgiebigen Gebrauch zu machen. Die familiale Verpflegung kam, wie die Erfahrung immer mehr gelehrt



hat, in der Regel nur noch für Kranke in Betracht, welche infolge Fehlens von Angehörigen überhaupt oder infolge ungünstiger sozialer Verhältnisse in der eigenen Familie keine Unterkunft finden konnten. Und nicht einmal solche Kranke blieben immer im Verband der Anstalt. So haben in einigen Fällen die zahlungpflichtigen Armenbehörden aus pekuniären Gründen bei Kranken, welche in Familienpflege untergebracht waren, die Beurlaubung aus dem Anstaltsverband erwirkt und haben diese Kranken auf ihre eigene Verantwortung hin Pflegefamilien der hiesigen Umgebung zur Verpflegung übergeben.

Dies sind die Gründe, welche den Rückgang der Familienpflege in Zwiefalten erklären. Und verfolgt man die Entwicklung der familialen Verpflegung anderer württembergischer Anstalten, so will mir scheinen, als ob auch sie ähnliche Erfahrungen wie Zwiefalten gemacht hätten.

Zum Schluß fasse ich die Erfahrungen, welche seither mit der familialen Verpflegung in Zwiefalten gemacht worden sind, dahin zusammmen:

Der Boden für die Entwicklung der Familienpflege ist in der Umgebung der hiesigen Anstalt ein sehr günstiger.

Die Familienpflege hat sich bisher aufs beste bewährt und hat sich als ein wertvoller therapeutischer Apparat unter den Behandlungsformen der Irrenfürsorge erwiesen.

Aus äußeren Gründen vermag zurzeit die familiale Verpflegungsform zur Entlastung der Anstalt kaum zu dienen.

Die bisherigen guten Erfolge der Familienpflege befestigen und fördern uns jedoch in dem Bestreben, diese bewährte Verpflegungsform soweit als möglich dem Wohl der Kranken zugute kommen zu lassen.



Drei Fälle von Spätgenesung.

Mitgeteilt von Medizinalrat Dr. **Kreuser** in Winnental.

Während des größeren Teils ihres jetzt hundertjährigen Bestehens hat die Kgl. württ. Heilanstalt Zwiefalten die wenig dankbare Aufgabe zu erfüllen gehabt, der Aufnahme und Verpflegung von Geisteskrankheiten zu dienen, bei denen von anderer Seite zuvor die Hoffnungen auf Wiedergenesung aufgegeben gewesen waren. Aus dieser bescheidenen Stellung ist Zwiefalten in gleiche Linie mit den übrigen Kgl. Heilanstalten des Landes eingerückt. Auf den dorthin verbrachten Kranken lastet nicht von Anfang an mehr die Voraussetzung der Unheilbarkeit; die Anstalt ist in der Lage, die Erwartungen zu übertreffen, auf die sie lange Zeit hindurch beschränkt geblieben war.

Als kleine Festgabe zum Jubiläum dieser Anstalt diene daher eine psychiatrische Erfahrung, die ihrem Lose einigermaßen an die Seite treten darf: Wiederherstellungen zu vollwertigen Leistungen im bürgerlichen Leben bei Kranken, deren lange Leidensdauer die Hoffnung auf solche kaum hatte aufrechterhalten lassen.

Von Spätgenesungen habe ich schon im Jahre 1900 [1]) eine Anzahl bekannt gegeben, veranlaßt durch ihre praktische Bedeutung für die seit Einführung des BGB. unter bestimmten Voraussetzungen in Deutschland allgemein zulässig gewordene Ehescheidung wegen Geisteskrankheit von wenigstens dreijähriger ununterbrochener Dauer. Einen weiteren Beitrag zu dieser Frage hat aus meinen persönlichen Erfahrungen 1905 *Sigel* [2]) gegeben. Aber auch sonst ist ihr seither in der psychiatrischen Literatur mancherlei Bedeutung zuteil geworden; besonders eingehend und kritisch 1908 durch *Petrén* [3]).

---

[1]) *Kreuser*, Allg. Ztschr. f. Psych. LVII S. 543 u. 771.

[2]) *Sigel*, Allg. Ztschr. f. Psych. LXII S. 325.

[3]) *Petrén*, Über Spätheilung von Psychosen; eine monographische Studie. Stockholm. In.-Diss.



In der differentialdiagnostischen Auffassung, wie in der Beurteilung der Genesung nimmt dieser Autor einen anderen Standpunkt ein, als ich dies getan hatte. Ohne hier auf die früher veröffentlichten Fälle und ihre diagnostische Bezeichnung zurückkommen zu wollen, möchte ich nur nochmals die Wichtigkeit auch der nicht ganz einwandfreien Wiederherstellungen betonen und dem anfügen, daß man meines Erachtens an die Krankheiteinsicht nicht immer allzu strenge Anforderungen stellen darf. Gibt es doch Fälle, in denen die Unvollständigkeit der Erinnerungen an die Vorgänge während der Kr nkheit die Gewinnung vollkommener Einsicht erschwert, andere, in denen die Rekonvaleszenten glauben, durch nichts besser ihre Genesung zu zeigen, als wenn sie von allen Gedankengängen während der Krankheit nichts mehr wissen wollen, wie endlich gewisse Naturen, die unter der Herrschaft einer von ihrer Krankheit unabhängigen Voreingenommenheit ihr eigenes Verhalten viel lieber in der gezwungensten Weise aus allerlei äußeren Umständen ableiten, als aus inneren und krankhaften Vorgängen. Bewähren sich trotzdem Personen nach schwerer und langdauernder Geisteskrankheit in keineswegs einfachen Lebensstellungen über Jahr und Tag, so haben wir das Recht und die Pflicht, ihnen die Anerkennung ihrer Genesung nicht vorzuenthalten, wenn auch zu wünschen gewesen wäre, daß sie sich den Anforderungen der psychiatrischen Wissenschaft gegenüber noch etwas gefügiger gezeigt hätten. — Bis zu einem gewissen Grade gilt dies auch von den drei weiteren Fällen von Spätgenesung, die hier folgen.

1. N. N., geboren 1863. Von mütterlicher Seite indirekt belastet. Als Kind zart, gute geistige Entwicklung, wegen Kurzsichtigkeit militärfrei. Akademisches Studium von gutem Erfolge begleitet; strebsamer. tüchtiger Beamter, seit 1895 in selbständiger Stellung. Heiratet 1891, drei gesunde Kinder. In dem sehr geschäftsreichen Amt bald überarbeitet. Migräneanfälle, an denen er schon als Student gelitten, häufen sich von 1895 an. Vor Ostern 1898 aufgeregtes Wesen mit gehobenem Selbstbewußtsein; von Ostermontag an deprimiert; sucht dies seiner Umgebung zu verbergen, besorgt sein Amt weiter, wenn auch mit subjektiver Erschwerung und bei zeitweise recht gereizter Stimmung. Von Juni 1898 wird der Schlaf sehr mangelhaft, weitere Tätigkeit unmöglich. Ein Urlaub bringt nur unvollständige Erholung; ist nach Wiederaufnahme des Amts mit seinen objektiv einwandfreien Arbeiten selbst stets unzufrieden. Seit Ende Oktober vollständig melancholisch. Aufenthalt bei einem verwandten Arzte. Nach 3½ Monaten entschiedene Besserung, so daß er

nach einem weiteren Erholungsaufenthalt am 1. V. 1899 ins Amt zurückkehrt. Erweist sich dabei bald als ungenügend erholt, so daß er im November 1899 wieder aussetzen muß. Die anfängliche Besserung des Befindens kehrt sich nach einem Anfalle von Influenza bald zu wesentlicher Verschlimmerung, so daß er am 7. VI. 1900 selbst in die Anstaltsaufnahme willigt. Bietet hier bei blassem Aussehen, aber gutem Ernährungszustand vorzugweise neurasthenische Erscheinungen: Kopfdruck, Schlaflosigkeit, Empfindlichkeit gegen Geräusche, mäßig gedrückt, mutlose Stimmung, allgemeine Mattigkeit. — Mit Dormiol etwas besserer Schlaf, anscheinend freier; macht Spaziergänge außerhalb der Anstalt mit anderen Patienten. Auf einem solchen entspringt er am 6. VII. seinem Begleiter. Wird vergeblich gesucht. In der Frühe des folgenden Tages findet er sich in befreundetem Hause ein mit Schnitt- und Stichwunden am Halse, den Handgelenken und in der Herzgegend, die er sich im Walde selbst beigebracht hatte. Wachabteilung. Bereut den Suizidversuch; schwere Selbstvorwürfe. Gute Wundheilung. Ende Juli schwere Angstzustände mit beunruhigenden Gehörshalluzinationen; zunehmend ungenügendere Nahrungsaufnahme. Obstipation. Hypochondrische Wahnvorstellungen: es gehe nichts mehr durch seinen Körper hindurch. L. facialis stärker innerviert als der rechte, langsame, leise Sprache. — Dieser Zustand bleibt fast zwei Jahre lang unverändert; allgemeiner Ernährungszustand dürftig, blasses Aussehen, zunehmende Arteriosklerose, gebückte, schlaffe Haltung, verharrt stundenlang in denselben Stellungen. Einförmige Klagen besonders hypochondrischen Inhalts, zeitweise auch über Heimweh. Sonst ganz apathisch. Bettbehandlung bringt keine Besserung. Im März 1902 veranlaßt eine nachweisbare Gast-ektasie Magenspülungen. Auch nach Besserung dieser Affektion psychisch unverändert, Ernährung kaum gebessert. Erst von Juli 1902 an erscheint er etwas weniger gedrückt, liest er wieder Zeitungen, gibt er etwas bereitwilliger Antwort; bald bessert sich auch das Aussehen. Wird überrascht über der Anfertigung einer kleinen Zeichnung. Kann im September von der Wachabteilung weggenommen werden. Wird im Verkehr mit der neuen Umgebung bald lebhafter, gewinnt die früheren Interessen zurück, erholt sich körperlich und erlangt Krankheiteinsicht. Im November und Dezember leichte hypomanische Erregung, fährt noch im Mondschein Schlittschuh, wird vielgeschäftig und pfeift, kann aber am 22. XII. 1902 als genesen entlassen werden. — Nachdem er sich zu Hause noch weiter erholt hatte, seit Juli 1903 zunächst als Hilfsarbeiter verwendet. Hat im Laufe des nächsten Jahres, besonders bei stärkerem Geschäftsandrang, noch mit Stimmungsschwankungen zu kämpfen, die aber bei wohlwollender Rücksichtnahme der Behörde überwunden werden. Im Jahre 1906 wird er wieder mit einem selbständigen Amte wie früher betraut, das er seither zur vollen Zufriedenheit besorgt. Von einer gelegentlichen Animosität gegen die Anstalt scheint er indessen nicht ganz frei geworden zu sein.

Es liegt also eine Erkrankung vor, die auf endogener Veranlagung beruht, durch geistige Überanstrengung aber zum Ausbruch gekommen ist. Nach dreijährigen nervösen Beschwerden setzt mit kurzem hypomanischem Vorläufer um Ostern 1898 ein neurasthenischer Depressionszustand ein, der im Oktober zur ausgesprochenen Melancholie wird. Von Frühjahr bis Herbst 1899 Remission, dann erneute Depression, die im Sommer 1900 zu vollem Ausbruch kommt und nach mißglücktem Selbstmordversuch in äußerst schwere hypochondrische Melancholie übergeht unter Begleiterscheinungen, die an Katatonie erinnern und Ausgang in Verblödung befürchten lassen müssen. Fast zwei Jahre lang bleibt dieser Zustand stationär. Dann allmähliche Besserung und Wiederherstellung zur früheren beruflichen Leistungfähigkeit, nachdem nochmals ein leicht hypomanisches Stadium durchgemacht worden war. Krankheitseinsicht ist erlangt worden, aber keine Anhänglichkeit an die Anstalt. Nichtsdestoweniger darf von Genesung gesprochen werden. Die Krankheitsdauer kann je nach Bewertung der Remission im Jahr 1899 zu drei oder zu vier Jahren gerechnet werden. — Diagnostisch ist der Fall bei der Melancholie einzureihen oder wenn man dies vorzieht, beim „Manisch-depressiven Irresein". Den Rahmen der Neurasthenie hatte er jedenfalls überschritten.

2. N., geb. 1857 in Indien als Sohn eines deutschen Missionars; in Deutschland aufgewachsen. Keine Heredität. Kräftig entwickelt und gut veranlagt. Tüchtiger Rechtsanwalt. In der Lebensweise zu schroffen Wechseln, aber nicht zu Exzessen geneigt; verheiratet, acht gesunde Kinder. Großer Naturfreund; den Ärzten stets abgeneigt.

Im September 1901 unerwartet außergewöhnliche und verantwortungvolle Berufsarbeit, die zu viel Reisen nötigt. Fühlt sich auf einer solchen Reise der Sache plötzlich „entrückt"; überträgt sie einem anderen, um sich zu erholen. Erscheint diesem, wie der eigenen Ehefrau sofort krank. Überschätzt die eigenen Vermögensverhältnisse, fährt 1. Kl.; nimmt im Hotel 3 Stunden lang ein „mystisch-elektrisches" Bad. Depeschiert an den König, trinkt ziemlich viel Wein. Läßt sich schließlich bestimmen, mit der Frau einen Landaufenthalt aufzusuchen; setzt dort zahlreiche Telegramme auf und geht ohne Hut nach der nächsten Stadt. Wegen der rasch zunehmenden Erregung am 28. IX. Aufnahme in Schussenried. Hier zunächst heiter erregt, sehr ruhelos, völlig verwirrt: spricht nur in abgerissenen, zusammenhanglosen Silben und Worten, verweigert die Nahrung, duldet keine Kleider, gewalttätig, spuckt um sich. Nach einigen Tagen klarer; „froh, wieder auf der Erde zu sein". Bald vor-



wiegend gereizt; Speisen und Bäder sind vergiftet; ignoriert die Ärzte. „magnetisiert“ andre Pfleglinge. Dann äußerlich ruhiger, aber einsichtlos. Beschwerdeschrift an das Ministerium über widerrechtliche Freiheitsberaubung, beantragt seine Entmündigung, um gerichtliches Einschreiten zu bewirken. Beim Besuche der Frau am 31. X. gute Selbstbeherrschung. verlangt seine Entlassung und setzt diese durch, nachdem er teilweise Krankheitseinsicht geäußert, aber seinen Rechtsstandpunkt gewahrt und sich weitere Schritte gegen die Ehefrau vorbehalten hatte. — Reist mit der Frau nach M., wobei er sie als Geisteskranke so „behandelt“, daß sie unterwegs erschöpft zurückbleiben muß, während er nach Hause reist. mißtrauisch alles nach rechtswidrigen Eingriffen durchsucht und gegen die Schwiegermutter eine so drohende Haltung einnimmt, daß polizeiliche Hilfe in Anspruch genommen und er am 15. XI. in die Tübinger psychiatrische Klinik gebracht werden muß. Dort starke, bald mehr heitere. bald mehr gereizte Erregung, besonders über die Ärzte erbost, wiederholte, formell ziemlich geordnete Beschwerdeschriften. Am 30. IV. 1902 Überlieferung nach Winnental. Verwahrt sich sofort gegen die Unterstellung unter den inzwischen von Schussenried hierher übergesiedelten Direktor und bleibt gegen diesen völlig abweisend, während er mit einem ihm noch fremden Arzte der Anstalt freundlich verkehrt. — Anhaltende Erregung. die nur im Grade wechselt. Beständiger Bewegungs- und Rededrang teilweise in lautem, kaum artikuliertem Aufschreien, bei Nacht mit Vorliebe in „Bauchrednerkunststücken“, in denen er Abwesende und Verstorbene reden läßt. Beschäftigt sich in „mystisch-asketischen“ Übungen mit religiösen Fragen, will das Christentum mit den indischen Religionen in Einklang bringen. An ruhigeren Tagen des Eingreifens der Gerichte gewärtig, da er nie geisteskrank, sondern nur zeitweise in begreiflicher Erregung gewesen sei. Außer gegen die Ärzte besonders auch gegen die Ehefrau aufgebracht, die ihm nur noch die „Mutter seiner Kinder“ und „Gegenpartei“ ist. Wenig Interesse für die Außenwelt; seinen sonstigen Gewohnheiten entgegen viel Verlangen nach Tabak. Auf sein Verlangen wird ein Entmündigungsverfahren eingeleitet mit Vernehmung am 18. VIII., wobei er sich ziemlich korrekt zu verhalten vermag. Zeiten etwas ruhigeren Verhaltens werden immer wieder unterbrochen durch mehrtägige Erregungszustände, in denen er allerlei Erinnerungen phantastisch ausbaut und mit seinen Größenideen durchflicht; singt sinnlose Silbenzusammenstellungen mit eigener Melodie.

Dieser Zustand erhält sich wesentlich unverändert über Jahr und Tag. wobei im Laufe des Jahres 1903 das Körpergewicht beträchtlich steigt. Läßt die Erregung nach, so tritt eine demonstrative Gleichgültigkeit in den Vordergrund; nachdem seine Sache einmal gerichtlich anhängig geworden, werde er schon zu seinem Rechte kommen; der zu gewärtigende Schadenersatz verspreche reichliche Entschädigung für den Ausfall an Einnahmen; je länger die Sache sich hinziehe, desto günstiger für ihn.



Wird nachlässiger in seinem Äußeren; die lauten Selbstgespräche gehen mehr und mehr in geräuschvolles Brummen und Grunzen über. Während er bisher den Gartenausgang nie mißbraucht hatte, entweicht er am 6. VI. 1904 nach St., wo er in seinem saloppen Anzug sofort erkannt und zurückgebracht wird. Reist am 12. VII. mit einem Wärter zum gerichtlichen Termin, wo er seine Sache formell korrekt führt, während er unterwegs die Leute öfters durch sein Brummen erschreckt. In der Folge wieder mehr ablehnendes Verhalten. Erhebt gerichtliche Klage gegen die Ehefrau, worauf vom Gericht anderweitige Beobachtung angeordnet wird. Deshalb mehrere Wochen in E. Nach seiner Rückkehr von dort 1905 auf die Abteilung für gesellschaftfähige Kranke (die er bisher abgelehnt hatte) verbracht, etwas zugänglicher als seither, will geduldig das Gutachten abwarten, das sicher zu seinen Gunsten lauten werde; fährt mit „Bauchrednereien“ fort, bleibt fast ganz untätig meist auf seinem Zimmer. Einen Besuch seiner Frau lehnt er schroff ab (Juli 05). Im Herbst etwas freundlicher, genießt jetzt auch mehr Bewegungsfreiheit. Will nur noch durch das Gericht befreit werden; entsprechend schroffes Verhalten gegen einen Kollegen, der ihm Hilfe anbietet (Oktober 1906). Bleibt ganz auf dem Standpunkt, gegen die angebliche Geisteskrankheit zu protestieren, bewegt sich dabei vollkommen frei, befindet sich körperlich wohl; für Besuche der Söhne zugänglicher; verkehrt viel mit den Mitkranken. Gegen die Frau immer gleich schroff; doch schreibt er ihr wenigstens ab und zu. Gegen den Anstaltsdirektor formell korrekter, doch grundsätzlich ablehnend gegen sein Urteil. Von Herbst 1907 an wird ein manierierter Stil mit besonderer Orthographie auffällig, was sich während der folgenden Monate in gehäuften sinnlosen Zuschriften mit allerlei verworrenen Größenideen an den Sohn immer mehr vordrängt. Derlei gesuchte Schreibkunststücke dauern bis in den Sommer 1908 fort, während sich die Bauchrednereien verlieren. Im August 1908 mehrere Wochen zu Besuch bei einem Verwandten in der Nähe. Dort nimmt er auch den Besuch der Frau an. Im September 1908 versuchweise nach Hause beurlaubt.

War nun zunächst einige Monate bei einem befreundeten Kollegen tätig, wobei sich das Familienleben leidlich gestaltete. Im Februar 1909 erhielt er eine Stellung angeboten, die seinem Wunsche, sich möglichst aus der Öffentlichkeit zurückzuziehen, entsprach. Er hat sich nun auch mit der Anstaltsleitung in brieflichen Verkehr darüber gesetzt, ob im Hinblick auf seine Erkrankung Bedenken gegen diese Stellung zu erheben seien, und dankbar hat er über das zu diesem Zwecke ausgestellte ärztliche Zeugnis bescheinigt. Seit drei Jahren versieht er seine neue Stelle zur vollen Zufriedenheit, und auch das Familienleben hat sich wieder wie früher gestaltet.

Es liegt also vor: eine ganz akut aus geistiger Überanstrengung bei einem nicht Belasteten entstandene Psychose, die erst als akute



Verwirrtheit auftritt, weiterhin als schwere Manie verläuft. Dabei flechten sich ausgesprochene paranoide Züge ein, die schließlich einen so manierierten Charakter annehmen, wie man ihn sonst nur bei Verblödungsprozessen zu finden pflegt. Trotzdem kommt es nach siebenjähriger ununterbrochener Dauer der Krankheit, die nur in ihrer Heftigkeit schwankt, zu weitgehender Besserung, und wenn jetzt seit drei Jahren nicht nur volle Leistungsfähigkeit in neu gewonnener Lebensstellung, sondern auch die Wiederherstellung des so gründlich gestörten Familienlebens wieder erreicht worden ist, so wird man auch hier eine Genesung anzunehmen haben, selbst wenn die Krankheiteinsicht noch etwas verklausuliert geblieben sein mag, wie den Briefen vom Februar 1909 immerhin zu entnehmen ist. Diagnostisch kann der Fall wohl nur bei der Manie eingereiht werden, wenn auch deren typisches Krankheitbild nach mehr als einer Richtung überschritten wird.

3. Frau Y, geb. 1860; stammt aus schwer belasteter Familie. War als Kind schwächlich, mit 14 Jahren Scharlach; in den Entwicklungsjahren viel Kopfschmerzen. Begabung mäßig; zu Mißtrauen und Zornmütigkeit stets geneigt. Im elterlichen Hause viel Mißgeschick. Heiratet 1888 einen verwitweten Beamten; verträgt sich schlecht mit dem Stiefsohn; vier eigene Kinder, wovon eines bald nach der Geburt gestorben ist. — Seit 1896 häufig verstimmt; im Jahr 1900 melancholische Depression mit Suizidgedanken ohne eigentliche Selbstvorwürfe, die nach ¼ Jahr wieder schwindet. Im Dezember 1901 labiler, vorwiegend reizbarer Stimmung, Beziehungswahn, einzelne Halluzinationen; im Januar 1902 verwirrt, am 30. I. Aufnahme in die Tübinger psychiatrische Klinik. Hier stark manisch erregt, ideenflüchtig; allerlei Personenverkennungen; vereinzelte Sinnestäuschungen (das Bad ist elektrisiert); starker Stimmungswechsel, bald liebenswürdig aufdringlich, bald abweisend und gereizt. Seit März steigende motorische Unruhe, lärmend, aggressiv, unrein.

Am 30. V. 02 erfolgte die Überführung nach Winnental. Hier oberflächlich orientiert, stark gehobene Stimmung, ideenflüchtig, spricht Deutsch und Französisch durcheinander, tut vornehm herablassend und neigt zu Witzeleien. Große Neigung, sich in die Angelegenheiten anderer Kranker zu mischen; starker Bewegungsdrang, besonders auch bei Nacht, viel lautes Schreien. Neigung zu höhnischen, wie zu obszönen Redewendungen. Sehr reizbar und leicht tätlich. Trotz reichlicher Dauerbadbehandlung hat sich dieser Zustand mehr als 6 Jahre lang mit nur ganz geringen Schwankungen wesentlich unverändert erhalten, ist sie eine der schwierigsten Kranken der Anstalt geblieben. Überlaut und brutal gewalttätig war sie ebenso störend als gefährlich; wiederholt konnten bedenkliche



Unfälle nur eben noch verhütet werden. Gegen die Ihrigen blieb sie völlig ablehnend; der Ehemann wurde bei jedem Besuche mit den niedrigsten Beschimpfungen wieder fortgejagt; von irgendwelchen gemütlichen Beziehungen auch zu den Kindern war gar keine Rede mehr. Auch für jede sonstige Annäherung war sie völlig unzugänglich geblieben, während sie gelegentlich aus ihrer Erinnerung vollkommen Zutreffendes vorbringen konnte und in boshaften Bemerkungen aller Art nicht Unzutreffendes anzubringen verstand. Erst im Juli 1908 ist im Anschluß an einen heftigen Kolikanfall infolge eines Diätfehlers einige Beruhigung eingetreten, war sie wieder zu besserer Konzentration ihrer Aufmerksamkeit fähig. Von Herbst 1908 deutliche Besserung, beginnt zu arbeiten, wieder Interesse für die Ihrigen zu zeigen und bessere Manieren anzunehmen. Von Dezember an ganz ruhig und geordnet, aber noch leicht ermüdbar und dann auch zerfahren; knüpft aber die alten Beziehungen wieder an und weiß sich, als bei einer Spazierfahrt im März 1909 ein Zusammenstoß mit einem Auto erfolgt, wobei der Kutscher verunglückt, dieses sehr besonnen anzunehmen. In der weiteren Rekonvaleszenz ab und zu gedrückte Stimmung. Am 13. September nach Hause entlassen mit durchaus befriedigender Krankheiteinsicht. Nicht so ganz leicht hat sie sich dort wieder eingelebt. Sohn und Töchter waren inzwischen erwachsen, die Hausfrauenpflichten waren von anderer Seite besorgt worden. Bis sie sich damit einigermaßen abgefunden und den veränderten Verhältnissen angepaßt hatte, ist noch mehr als ein Jahr vergangen. Seither kann sie als genesen gelten, ist sie nur etwas zurückhaltender als früher geblieben.

In diesem Falle ist es bei einer endogen veranlagten Person nach vorübergehendem Depressionszustand zu schwerer Manie gekommen, die nach nahezu siebenjähriger Dauer ihre Lösung gefunden hat, nicht ohne aber [illegible]alige leichte Depression in ihrem Gefolge, ein Spiegelbild des ersten Falles. Trotz aller Schwere der Erscheinungen war die Möglichkeit eines günstigen Verlaufs stets aufrechterhalten geblieben. Mit der Gefahr späterer Wiedererkrankung muß natürlich gerechnet werden.

Allen drei Fällen gemeinsam ist die Herkunft der Kranken aus besseren Familien, in denen die Ansprüche an die Wiederherstellung nicht unerheblich sind. Ist die Probezeit dafür in den beiden letzten Fällen noch eine verhältnismäßig kurze, so beträgt sie doch zwei und drei, im ersten Falle über neun Jahre seit dem Austritt aus der Anstalt. Daß die Wiederanpassung an die Verhältnisse des bürgerlichen Lebens nicht ganz ohne Schwierigkeiten erfolgt ist, wird niemand befremden. Gelungen ist sie in allen Fällen, und haben wir darum auch von Ge-



nesungen zu sprechen, selbst wenn die Krankheitseinsicht den allerstrengsten Anforderungen nicht genügen sollte.

Alle drei Patienten waren noch in der Vollkraft der Jahre gestanden und hatten während dieser bemerkenswerte Leistungen aufzuweisen, deren Überspannung im zweiten Falle akut, im ersten und dritten allmählich zur Erkrankung geführt hatte; nur im 3. Falle war dafür erbliche Belastung in Betracht gekommen. Sowohl die depressiven Erscheinungen im ersten, wie die exaltativen in den beiden anderen sind als ungewöhnlich schwer zu bezeichnen. In allen drei Fällen hat es nicht an Anzeichen gefehlt, die für prognostisch ungünstig gelten. So im ersten Falle die schwere und anhaltende Apathie, im dritten die ungewöhnlich starke Verkehrung aller gemütlichen Empfindungen, während im zweiten mehrere äußerst bedenkliche Züge zusammentreffen: die nur teilweise aus der Berufsstellung abzuleitende hartnäckige Rechthaberei, die ausschweifenden Phantastereien, die stereotype Wiederholung sinnloser Gewohnheiten, die Manieriertheit und Zerfahrenheit der Geistesprodukte!

Trotzdem und trotz der ungewöhnlich langen, fast unveränderten Dauer der Krankheiterscheinungen war in allen Fällen die Möglichkeit einer günstigen Prognose stets aufrechterhalten worden; waren doch unzweideutige Anzeichen geistigen Zerfalls nicht nachweisbar gewesen; nicht unwichtige Seiten der geistigen Tätigkeit waren immer noch leidlich erhalten geblieben, scheinbar am meisten im ersten Falle. Der Ausbruch der Krankheit war jeweils unter Umständen und unter Erscheinungen erfolgt, welche ihren Wiederausgleich nicht ausschließen lassen durften. Diesen letzteren Gesichtspunkt möchte ich auch heute wieder erneut hervorheben im Gegensatz zu der Richtung in der Psychiatrie, durch welche den Endzuständen vorzugweise differentialdiagnostische Bedeutung beigelegt wird. Sie hat nur allzu leicht zur Folge, daß im Interesse der Diagnostik auf positive Zeichen des geistigen Zerfalls der Schwerpunkt bei der Untersuchung unserer Kranken gelegt wird, daß diese dann vorzeitig angenommen werden und daß darüber ungenügend berücksichtigt bleibt, worin die Krankheit wurzelt und was neben bedenklichen Anzeichen etwa noch verhältnismäßig gut erhalten ist. Nicht nur unser therapeutisches Verhalten hat an letzterem Punkte anzugreifen, sondern auch unsere Diagnostik und unsere Prognostik haben ihm eingehende Beachtung

zu schenken. Auch dürfen die individuellen Züge des Einzelfalls nicht unterschätzt werden über den Bestrebungen der Systematik. Wird doch die letztere unvollkommen bleiben müssen, solange die anatomischen Vorgänge der Untersuchung am Lebenden noch so wenig zugänglich sind, solange wir auch über sichere Beziehungen der Veränderungen an der Leiche zu den Krankheitsursachen nicht verfügen.

Unbefangen durch irgendwelche Lehrmeinung haben wir unseren Kranken gegenüber zu bleiben. Mehr als irgendwelcher andere Zweig der Medizin hat es die Psychiatrie nicht so sehr mit Krankheiten zu tun, als mit erkrankten Personen. Ihre Geschicke haben wir im Auge zu behalten, und sind uns dabei weniger glänzende Erfolge beschieden als den Kollegen auf anderen Spezialgebieten, so wollen wir uns desto mehr freuen über die Wiederherstellungen, die nach so langer Zeit erst fast wider Erwarten noch erfolgen. Es dürften deren doch wohl mehr vorkommen, als es nach einer Literatur den Anschein haben mag, die sich nicht so gern mit Fällen befaßt, für die der endgültige Abschluß noch fehlt. Doch kann ich kaum glauben, daß anderen solche Beobachtungen, wie ich sie jetzt doch schon mehrfach mitzuteilen in der Lage gewesen bin, nicht in ähnlichem Maße zur Verfügung stehen sollten. Ihre praktische Wichtigkeit in sozialer Hinsicht sollte weniger damit zurückhalten lassen!



Die Behandlung psychopathisch minderwertiger Strafgefangener jetzt und nach dem Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch.

Von

Sanitätsrat Dr. **Staiger**, Hohenasperg.

Die erheblichen Änderungen, die der Vorentwurf zu einem neuen Strafgesetzbuch in der strafrechtlichen Behandlung der vermindert zurechnungfähigen Verbrecher bringt, mögen es gerechtfertigt erscheinen lassen, zu untersuchen, ob und wieweit diese Änderungen als Fortschritte und Verbesserungen anzusehen sind.

Bisher enthielt das Strafgesetzbuch, das den Begriff der verminderten Zurechnungfähigkeit nicht kannte, auch keinerlei Bestimmungen über die Behandlung psychopathisch minderwertiger Gefangener; es war daher Sache der einzelnen Justizverwaltungen, in ihrem Bereich dahingehende Verordnungen zu treffen.

Daß die Lösung dieser Frage ein dringendes Bedürfnis war und bleiben wird, erhellt am deutlichsten aus der Tatsache, daß nach Ansicht aller derjenigen, die einen Einblick in diese Verhältnisse haben, die Zahl der psychopathisch minderwertigen Strafgefangenen eine außerordentlich hohe ist. So berechnet *Aschaffenburg* unter 200 Sittlichkeitsverbrechern die Zahl der Degenerierten auf 75%. *Bonhöffer* hat unter den Bettlern und Vagabunden ebenfalls 75% Minderwertige gefunden, ebenso *Leppmann* unter den Sittlichkeitsverbrechern des Zuchthauses. Gewiß variieren diese Zahlen je nach der Kategorie, dem Alter usf. der Verbrecher; man wird sich aber keiner Übertreibung schuldig machen, wenn man sagt, die geistig Minderwertigen sind in den Strafanstalten nicht die Ausnahme; geht doch *Pollitz*, der als Psychiater und Strafanstaltsvorstand zur Beurteilung dieser Frage gewiß besonders zuständig ist, so weit, zu erklären.



daß der geistig Minderwertige bei sorgfältiger Analyse zum mindesten die Mehrheit des Strafanstaltbestandes bilden wird.

Was sind Degenerierte?

Es ist nicht der Zweck dieser Zeilen, eine Schilderung der psychopathischen Degeneration zu geben; auch scheint es zweifelhaft, ob bei dem fließenden Übergang zwischen gesund und minderwertig und zwischen minderwertig und geisteskrank eine scharfe Definition überhaupt möglich ist. Immerhin kann die Definition *Kochs*, des ehemaligen Direktors von Zwiefalten, des Begründers der wissenschaftlichen Lehre der psychopathischen Minderwertigkeit und ihres besten Kenners, auch heute noch Anspruch auf allgemeine Zustimmung erheben. *Koch* faßt unter dem Ausdruck psychopathische Minderwertigkeiten „alle sei es angeborenen, sei es erworbenen, den Menschen in seinem Personenleben beeinflussenden psychischen Regelwidrigkeiten zusammen, welche auch in schlimmen Fällen doch keine Geisteskrankheiten darstellen, welche aber die damit beschwerten Personen auch im günstigsten Falle nicht als im Vollbesitze geistiger Normalität und Leistungfähigkeit erscheinen lassen".

Die psychopathisch Minderwertigen sind die große Gruppe von Menschen, die das weite Gebiet zwischen geistiger Gesundheit und Geisteskrankheit ausfüllen, und wie das geistige Leben von unendlicher Mannigfaltigkeit ist, so sind die Abweichungen von der Norm unendliche. Wir können Abweichungen nach der quantitativen und solche nach der qualitativen Seite hin unterscheiden, es gibt Störungen mehr auf dem Gebiete des Intellekts und solche mehr auf dem Gebiete des Empfindens und Wollens. Charakteristisch aber für den Minderwertigen ist die abnorme Reaktion auf die Reize des Lebens; und diese abnorme Reaktion ist letzten Endes das wichtigste Kriterium für die Intensität und die Bedeutung der pathologischen Abweichung.

Es liegt nun nahe, auf Grund der oben angeführten sehr großen Zahl der Minderwertigen im Strafvollzug anzunehmen, daß diese in den Strafanstalten nur sehr schwer unterzubringen seien, daß ihre Behandlung, zumal soweit sie hie und da ein Abgehen von der straffen Hausordnung notwendig macht, zu weitgehenden Schwierigkeiten führe. und daß der vielfach gehörte Ruf nach „Sonderanstalten für Minderwertige" wohl begründet sei. Von all dem ist nach unseren Erfahrungen



keine Rede. Nicht als ob die Minderwertigen keine Schwierigkeiten machen würden, aber diese sind nicht unüberwindlich. Voraussetzung zur Überwindung der Schwierigkeiten ist das Erkennen der Minderwertigen, ihre zweckmäßige Unterbringung und Behandlung.

Das Erkennen der Minderwertigen ist Sache des Arztes, der über die notwendigen psychiatrischen Kenntnisse verfügen muß. Weiterhin ist erforderlich, daß auch die Oberbeamten mit dem Wesen der geistigen Anomalien hinreichend vertraut sind. Gewiß sind Minderwertige — sofern sie nicht schon im gerichtlichen Verfahren einer psychiatrischen Beobachtung unterworfen waren und dort als Minderwertige erkannt und bezeichnet worden sind — nicht sofort und ohne weiteres — auch vom Arzte nicht — zu erkennen. Doch läßt sich aus dem verständnisvollen Zusammenarbeiten von Vorstand, Arzt, Geistlichem und Lehrer, aus hinreichender Anamnese und genauer Untersuchung, aus guten Beobachtungen des Personals über Arbeitfähigkeit, Verhalten bei der Arbeit, Benehmen den Mitgefangenen gegenüber, aus Disziplinarstrafen, Verhalten im Arrest und dergleichen mehr unschwer ein Bild der geistigen Verfassung des Gefangenen gewinnen. Schließlich muß — und davon wird hier reichlich Gebrauch gemacht — die Beobachtung auffallender Gefangener in der Irrenabteilung tunlichst leicht gemacht werden. Unter diesen Voraussetzungen ist die Erkennung der minderwertigen Gefangenen nicht allzu schwierig. Ihr weiteres Verhalten hängt fernerhin von der richtigen Behandlung und ebensosehr von der richtigen Unterbringung in der Strafanstalt ab. Letzteres hat sich uns mehr und mehr als Kardinalpunkt in der Behandlung der Minderwertigen erwiesen. Es gibt kein Schema, das für alle paßt. Eine individualisierende Behandlung verträgt sich sehr wohl mit dem Strafvollzug, sie ist eigentlich selbstverständlich überall da, wo wie in jeder großen Strafanstalt langzeitige und kurzzeitige, alte und junge, kräftige und weniger widerstandfähige Gefangene sich finden. Nachteile für den Strafvollzug haben sich uns daraus nicht ergeben. Daß auch gegen minderwertige Gefangene Disziplinarstrafen verhängt werden, ist selbstverständlich. Voraussetzung ist nur, daß der Gefangene als psychisch abnorm bekannt ist, daß der Arzt vor dem Vollzug der Strafe gehört wird, und daß einem etwaigen Bedenken des Arztes Rechnung getragen werden muß.



Die Übertragung des Disziplinarrechts und der Strafmilderung bei Minderwertigen an den Arzt, wie dies *Aschaffenburg* verlangt, scheint uns undurchführbar. Es würde dadurch ein unheilvoller, zu Reibungen und Differenzen schlimmster Art Anlaß gebender Dualismus in den Betrieb der Anstalt eingeführt werden. Dazu kommt, daß der Arzt, da die Minderwertigen in der Strafanstalt wohl die Mehrzahl sind, auch die Mehrzahl der Disziplinarfälle zu entscheiden hätte. Wer hätte, wenn ein Gefangener sich etwas zuschulden kommen läßt, zu bestimmen, ob der zu Bessernde dem Direktor oder dem Arzt zuzuführen ist? Schließlich liegt m. E. der Vorschlag *Aschaffenburgs* auch gar nicht im Interesse des Arztes, seiner Stellung und Tätigkeit.

Was die vielbesprochene Frage der Einzelhaft anlangt, so wäre es falsch, anzunehmen, daß Minderwertige grundsätzlich davon auszuschließen seien. Wir haben im Gegenteil die Erfahrung gemacht, daß gerade schwer zu behandelnde Degenerierte, solche mit epileptoider Reizbarkeit und Empfindlichkeit sich in Einzelhaft viel besser gehalten und sich dort auch wohler gefühlt haben, als in Gemeinschaftshaft, wo die strenge Beaufsichtigung, die Reibung mit und an anderen Gefangenen immer wieder zu hausordnungwidrigem Verhalten Anlaß gegeben haben. Daß Degenerierte mit ungünstigem Einfluß auf andere, Hetzer, Aufwiegler, Ausbruchverdächtige um der Ordnung der Anstalt willen isoliert werden und isoliert werden müssen, bedarf wohl keiner besonderen Begründung. Die Mehrzahl der Minderwertigen eignet sich indes nicht für die Einzelhaft; insbesondere nicht Nervöse, Neurastheniker mit Angstgefühlen, Hypochonder, Leute mit Schlaflosigkeit, ebensowenig naturgemäß Gefangene mit zahlreichen und schweren epileptischen Krampfanfällen. Alle diese müssen in Gemeinschaftshaft untergebracht werden. Sie hier zweckmäßig und ihrer besonderen Art entsprechend unterzubringen, gehört zu den wichtigsten Aufgaben eines rationellen Strafvollzugs. — Der Betrieb einer großen und gut eingerichteten Strafanstalt bietet eine solche Fülle von Möglichkeiten, die Minderwertigen zweckmäßig unterzubringen, daß es in der Regel nicht allzu schwer fällt, einen Platz ausfindig zu machen, wo solche Gefangene ihren Fähigkeiten und auch ihrer geistigen Besonderheit entsprechend beschäftigt werden. Eine große Strafanstalt verfügt in ihrem Betriebe über leichte und schwere



Arbeitmöglichkeiten, vom Dütenkleben der Buchbinderei, Flechterei an bis zu Schreinerei, Schuhmacherei, Flaschnerei, Schlosserei usf. Viele Minderwertige, insbesondere Neurastheniker eignen sich mehr für häusliche Arbeiten, in Küche, Bäckerei, Wäscherei, Gärtnerei. andere werden zweckmäßig in der Außenarbeit beschäftigt.

Weiterhin besitzt das Zuchthaus Ludwigsburg in der Filialstrafanstalt Hohenasperg eine Abteilung für sozial weniger gefährliche. speziell erstmals mit Zuchthaus bestrafte Gefangene. Auch diese Abteilung verfügt über verschiedene Werkstättenbetriebe, ebenso auch über Außenarbeit im Garten, Weinberg, Steinbruch und in der Landwirtschaft. Für Unterbringung in der Filialstrafanstalt — in der nebenbei bemerkt auch die Abteilungen für tuberkulöse Gefangene sämtlicher Strafanstalten sich finden — eignen sich insbesondere solche minderwertige Gefangene, bei denen aus gesundheitlichen Gründen mehr Aufenthalt in frischer, staubfreier Luft angezeigt ist. Auf einer dieser zahlreichen Abteilungen, sei es in Ludwigsburg oder auf Hohenasperg, sei es in Einzelhaft oder in Gemeinschaftshaft, findet sich für die Mehrzahl der Minderwertigen immer ein Platz, an dem sie zweckmäßig untergebracht werden können. Der größere Teil der Minderwertigen kann, das ist unsere Erfahrung, im geordneten Strafvollzug mitgeführt werden, ohne diesen zu stören und ohne andererseits Schaden zu nehmen. Für sehr viele ist der Ernst des Strafvollzugs. die Unterwerfung unter die Anstaltordnung, das Angehaltensein zu regelmäßiger strenger Arbeit, zu Gehorsam und Selbstbeherrschung von erzieherischem Wert.

Nun gibt es aber, darüber ist kein Zweifel, unter den Minderwertigen eine große Anzahl von Gefangenen, die nicht im geordneten Strafvollzug mitgeführt werden können; sie finden sich insbesondere unter den Nervösen, Neurasthenikern, Hypochondern, manchen Senilen, insbesondere Epileptikern mit zahlreichen Anfällen und speziell Rekonvaleszenten der Irrenabteilung, kurz bei solchen geistig minderwertigen Gefangenen, denen der volle Strafvollzug allzu beschwerlich ist und zu einer Steigerung ihrer Beschwerden führt. Für solche Gefangene besteht seit dem Jahre 1888 auf dem Hohenasperg eine Invalidenabteilung, die bestimmunggemäß dazu dient, solche Gefangenen aufzunehmen, denen gegenüber „wegen durch Alter oder körperliche Gebrechen herbeigeführter Arbeitunfähigkeit, wegen

geistiger Schwäche oder *sonstiger geistiger Defekte* eine den Grundsätzen der Hausordnung entsprechende Behandlung nicht durchführbar erscheint, mit Ausschluß der Geisteskranken". Zunächst sind der Invalidenstrafanstalt im wesentlichen körperlich gebrechliche Gefangene zugeführt worden. Bald aber diente sie weiterhin zur Aufnahme der Epileptiker sämtlicher Strafanstalten und allmählich, zumal seit Errichtung der Irrenabteilung, nimmt sie mehr und mehr psychopathische Minderwertige, Senile und Rekonvaleszenten nach überstandener geistiger Erkrankung auf. Eine auf 26. März d. Js. gemachte Zusammenstellung der Insassen der Invalidenstrafanstalt ergab unter einem Bestand von 80 Gefangenen:

Epileptiker	11
Nach abgelaufener Geisteskrankheit aus der Irrenabteilung entlassen	10
Früher in Irrenanstalten gewesen	5
An organ. und funkt. Gehirnkrankheiten leidend	5
Zusammen:	31

Fast zwei Fünftel des Bestandes der Invalidenstrafanstalt fällt somit unter den Begriff der psychopathischen Minderwertigkeit im engeren Sinne, ohne daß die zahlreichen Senilen — jenseits des 70. Lebensjahres, bei denen die körperliche Gebrechlichkeit im Vordergrund steht, mitgerechnet worden sind. Diese 31 Gefangenen sind vorwiegend solche, die im ordentlichen Strafvollzug nicht oder nur mit Mühe und unter mehr oder weniger großen Schwierigkeiten hätten mitgeführt werden können. Die Vorteile der Invalidenstrafanstalt für die geistig minderwertigen Gefangenen beruhen in kürzerer Arbeit- und längerer Erholungszeit, Wegfall des Arbeitpensums und in häufigerem und in vielen Fällen regelmäßigem ärztlichem Besuch, der insbesondere dadurch erleichtert und gewährleistet wird, daß die Spitalabteilung für körperlich Kranke, die von dem auf Hohenasperg selbst wohnenden Arzt täglich mehrmals besucht wird, sich in der Invalidenstrafanstalt befindet und auf diese Weise ein häufiges Begehen der Invalidenabteilung und Besuchen ihrer Insassen durch den Arzt ermöglicht ist. Wenn die intern. krimin. Vereinigung auf ihrer Versammlung im Jahre 1905 den Beschluß gefaßt hat, daß Minderwertige im Strafvollzug mit Rücksicht auf diesen geistigen Zustand zu behandeln und unter besondere Aufsicht des Arztes zu



stellen sind, so sind diese Forderungen m. E. bei uns insofern erfüllt. als dank dem Entgegenkomemn des Anstaltvorstandes alle wichtigen. die Behandlung und Disziplinierung der Minderwertigen dieser Abteilung betreffenden Fragen unter Würdigung ihrer geistigen Eigenart und im Benehmen mit dem Arzte entschieden werden. Irgendwelche Gegensätze haben sich hiebei noch n i e ergeben. Auf diese Weise ist die Behandlung der Minderwertigen in der Invalidenstrafanstalt ohne besondere Schwierigkeiten möglich. Daß erregte Epileptiker zuweilen Störungen machen, läßt sich naturgemäß nicht vollständig vermeiden. Immerhin kann — und das ist vom ärztlichen Standpunkt aus besonders dankbar anzuerkennen — ein nicht geringer Teil von hausordnungwidrigem Verhalten (besonders bei erregten Epileptikern) in der ärztlichen Sprechstunde erledigt werden durch Aufnahme ins Spital oder aber auch durch Antrag auf Versetzung in die Irrenabteilung. Der Betrieb verläuft zumeist glatt und ohne ernstere Störung, was um so bemerkenswerter ist, als die Invalidenstrafanstalt keine Isolierräume besitzt. In der Mehrzahl der Fälle ist es gelungen, kurzdauernde epileptische Erregungs- oder Verstimmungszustände an Ort und Stelle durch Bettbehandlung zu überwinden. In schwereren Fällen ist vorübergehende Aufnahme in die Irrenabteilung notwendig geworden, die dank den bestehenden Vorschriften und den hiesigen Verhältnissen in dringenden Fällen auf Grund telephonischer Anfrage bei der Direktion sofort vollzogen werden kann. Zwei Momente sind es, die uns in der Behandlung der Minderwertigen schwereren Grades und der Epileptiker besonders wertvoll scheinen; das ist einmal die nahe räumliche und organische Verbindung der Irrenabteilung mit der Invalidenstrafanstalt, die einen gegenseitigen Austausch der Gefangenen im Bedarfsfalle erleichtert. dann aber auch die Tatsache, daß die Invalidenstrafanstalt eben nicht nur geistig minderwertige Insassen enthält. Gerade die Anwesenheit zahlreicher körperlich gebrechlicher, siecher Gefangener erleichtert die Unterbringung geistig Minderwertiger. Sie finden unter den übrigen Gefangenen keinen geeigneten Resonanzboden für ihr Hetzen und Aufwiegeln. Eine Abteilung, die nur degenerierte und geistig minderwertige Gefangene beherbergen würde, müßte, darüber sind wohl alle einig, die auf diesem Gebiete Erfahrung haben, zu Mißständen allerschlimmster Art Anlaß geben. Das hat uns die Erfahrung in der



hiesigen Irrenabteilung, wo wir in der ersten Zeit zahlreiche Degenerierte aufgenommen hatten, handgreiflich genug gelehrt. Gerade die in der Invalidenstrafanstalt mögliche Verdünnung des Materials der Degenerierten durch körperlich Gebrechliche und Sieche erleichtert deren Behandlung in hohem Grade. Immerhin soll nicht geleugnet werden, daß auch in der Invalidenstrafanstalt gelegentlich Fälle vorkommen, in denen — bei nicht geisteskranken Degenerierten und Epileptikern — feste Räume, insbesondere Einzelräume sich als wünschenswert erwiesen haben. Demzufolge ist in neuester Zeit von der Anstaltdirektion der Antrag auf Errichtung einer eigenen Abteilung gestellt worden, die in eigenem Gebäude, unmittelbar anschließend an die Invalidenstrafanstalt, im wesentlichen Epileptiker und solche Degenerierte beherbergen soll, die in der relativ freien Invalidenabteilung stören und andererseits für die Irrenabteilung noch nicht in Betracht kommen. Diese Abteilung — für 15—20 Gefangene berechnet — soll mit allem hiezu Nötigen, insbesondere mit einigen festen Einzelräumen ausgestattet sein. Nach Errichtung dieser Abteilung werden die drei auf Hohenasperg befindlichen Sonderabteilungen (Invalidenstrafanstalt, Epileptiker- und Degenerierten- und Irrenabteilung) imstande sein, alle diejenigen Minderwertigen und Degenerierten aufzunehmen, denen gegenüber ein modifizierter Strafvollzug angezeigt ist, und wir glauben nicht zu weit zu gehen, wenn wir hoffen, so allen Eventualitäten gewachsen zu sein.

So kann das Ergebnis vorstehender Ausführungen dahin zusammengefaßt werden, daß die Mehrzahl der geistig minderwertigen Gefangenen im geordneten Strafvollzug belassen werden kann, ohne diesen zu stören und ohne andererseits Schaden dadurch zu erleiden. Ein kleiner Teil benötigt insofern eine gewisse Berücksichtigung, als er der Unterbringung in Invalidenstrafanstalten und Epilektikeranstalten bedarf; ein sehr kleiner Prozentsatz kommt für die Irrenabteilung in Betracht. Ein Bedürfnis nach Sonderabteilungen für geistig minderwertige Gefangene, etwa mit der Bestimmung, alle oder auch nur den größten Teil der geistig Minderwertigen aufzunehmen, liegt nach unserem Ermessen und nach unserer Erfahrung nicht vor. Schwierigkeiten besonderer Art sind uns nicht erwachsen.

Diese entstehen in der Regel erst mit Schluß der Strafzeit, wenn



die Degenerierten entlassen werden. Für den einmal kriminell gewordenen geistig Minderwertigen bringt der Aufenthalt in der Freiheit in der Mehrzahl der Fälle wieder neue Konflikte mit dem Strafgesetzbuch. Deshalb wird als ganz besonders unzweckmäßig der Umstand empfunden, daß die Strafzeit der Degenerierten und geistig Minderwertigen in der Regel viel zu kurz ist. Unser auf dem Boden der Vergeltung beruhendes Strafgesetz bestimmt die Strafe nach der Schuld; geringere Widerstandfähigkeit gegen verbrecherische Antriebe bedingt geringere Schuld, hat also auch geringere Strafe zur Folge. So kommt der Degenerierte fast immer mit kürzeren Strafen weg, und diese Strafen haben für manchen, da sie in der Invalidenstrafanstalt oder in der Irrenabteilung verbüßt, viel von ihrer Schärfe verloren; an der ihnen zuerkannten psychopathischen Minderwertigkeit tragen sie nicht schwer, sehen vielmehr hierin nur einen gewissen Freibrief zu weiteren strafbaren Handlungen. Nicht im Strafvollzug, sondern in der unzweckmäßigen kurzen Strafzumessung liegt die Hauptschwierigkeit in der Behandlung der geistig Minderwertigen. Man mag über die Vergeltungstrafe denken wie man will, daß sie den kriminellen vermindert Zurechnungfähigen gegenüber vollständig versagt und versagen muß, steht außer Zweifel. Sie läßt den Schutz der öffentlichen Sicherheit und Ordnung außer acht. Nicht mildere, sondern andere Strafe bzw. Behandlung der Minderwertigen ist angezeigt. Ihre abnorme geistige Verfassung, die sie zu verbrecherischen Handlungen geradezu verleitet, ist nach dem geltenden Recht ein Grund, sie kürzer zu bestrafen, m. a. W. sie bälder wieder zu verbrecherischem Tun hinauszulassen; während diese geistige Minderwertigkeit umgekehrt große Sicherheitsmaßregeln förmlich herausfordert.

Schutz der öffentlichen Sicherheit vor den kriminellen Degenerierten und ebenso vor den gewerb- und gewohnheitmäßigen Verbrechern, das ist es, was wir vom neuen Strafgesetzbuch erwarten.

Bringt uns der Vorentwurf zum neuen Strafgesetzbuch diesen erhofften Schutz?

Es war nicht anzunehmen, daß der Entwurf zum neuen Strafgesetzbuch den Vergeltungstandpunkt verlassen und sich ganz den neuen Strafrechtstheorien anschließen würde. Das hat er auch nicht



getan. Er hat eben in Würdigung des Umstandes, daß den geistig minderwertigen Rechtbrechern gegenüber eine schärfere Betonung des Schutzes der öffentlichen Ordnung notwendig ist, für diese nach Ablauf der gegen sie erkannten Strafe eine Sicherheitsverwahrung vorgeschlagen.

Der Vorentwurf bringt in § 63 die Bestimmungen über die durch geistige Mängel bedingten Strafausschließungs- und Milderungsgründe. Er lautet:

§ 63. Nicht strafbar ist, wer zur Zeit der Handlung geisteskrank, blödsinnig oder bewußtlos war, so daß dadurch seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen wurde.

War die freie Willensbestimmung durch einen der vorbezeichneten Zustände zwar nicht ausgeschlossen, jedoch in hohem Grade vermindert, so finden hinsichtlich der Bestrafung die Vorschriften über den Versuch (§ 76) Anwendung. Zustände selbstverschuldeter Trunkenheit sind hiervon ausgenommen.

Freiheitstrafen sind an den nach Abs. 2 Verurteilten unter Berücksichtigung ihres Geisteszustandes und, soweit dieser es erfordert, in besonderen, für sie ausschließlich bestimmten Anstalten oder Abteilungen zu vollstrecken.

§ 65. Wird jemand auf Grund des § 63 Abs. 1 freigesprochen oder außer Verfolgung gesetzt oder auf Grund des § 63 Abs. 2 zu einer milderen Strafe verurteilt, so hat das Gericht, wenn es die öffentliche Sicherheit erfordert, seine Verwahrung in einer öffentlichen Heil- oder Pflegeanstalt anzuordnen. War der Grund der Bewußtlosigkeit selbstverschuldete Trunkenheit, so finden auf den Freigesprochenen oder außer Verfolgung Gesetzten außerdem die Vorschriften des § 43 über die Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt entsprechende Anwendung. Im Falle des § 63 Abs. 2 erfolgt die Verwahrung nach verbüßter Freiheitstrafe.

Auf Grund der gerichtlichen Entscheidung hat die Landespolizeibehörde für die Unterbringung zu sorgen. Sie bestimmt auch über die Dauer der Verwahrung und über die Entlassung. Gegen ihre Bestimmung ist gerichtliche Entscheidung zulässig.

Die erforderlichen Ausführungsvorschriften werden vom Bundesrate erlassen.

Diesem von der hiezu bestellten Sachverständigenkommission im Jahre 1909 ausgearbeiteten Vorentwurf ist inzwischen in neuester Zeit ein von der Strafrechtskommission bearbeiteter weiterer Entwurf gefolgt, der in seinen Grundzügen in der Juristenzeitung veröffentlicht ist. Auch er bringt für die wegen verminderter Zurech-



nungfähigkeit milder zu bestrafenden Rechtbrecher die nach erfolgter Strafe in einer öffentlichen Heil- oder Pflegeanstalt zu vollziehende Sicherheitsverwahrung. Auch er verlangt bei Vollstreckung von Freiheitstrafen gegen vermindert Zurechnungfähige Berücksichtigung ihres Geisteszustandes und, soweit dieser es erfordert, Unterbringung in besonderen Anstalten oder Abteilungen.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß mit diesen Bestimmungen des Vorentwurfs ein bedeutsamer Schritt nach vorwärts geschehen ist in der rationellen Bekämpfung des Verbrechens.

Die Forderung nach Berücksichtigung des Geisteszustandes der vermindert Zurechnungfähigen beim Strafvollzug ist etwas Selbstverständliches und geschieht wohl jetzt auch schon in den meisten Strafanstalten. Zu begrüßen ist die gesetzliche Fixierung dieser Forderung, weil damit zugleich psychiatrisch vorgebildete Ärzte an allen Strafanstalten notwendig werden, denn nur dann läßt sich die Voraussetzung dieser gesetzlichen Bestimmung, nämlich Feststellung des Geisteszustandes der auf psychopathische Minderwertigkeit verdächtigen Gefangenen erfüllen.

Von größerer Bedeutung für die Allgemeinheit ist die neu aufgenommene Bestimmung, wonach kriminelle geistig Minderwertige, wenn es die öffentliche Sicherheit erfordert, nach Ablauf der gegen sie erkannten Strafe in einer öffentlichen Heil- oder Pflegeanstalt untergebracht werden sollen. In dieser Bestimmung dürfen wir einen Fortschritt von grundsätzlicher Bedeutung erblicken. Es wird damit im Prinzip gebrochen mit der bisherigen Anschauung, wonach die Tat als solche vergolten wird; in Zukunft wird bei der Strafe auch die verbrecherische Gesinnung, die soziale Gefährlichkeit des Verbrechers berücksichtigt. Damit wird einem längst als drückend empfundenen Mißstand, der kurzen Detinierung des kriminellen Minderwertigen, abgeholfen.

So sehr man aber an sich von dem Standpunkt der öffentlichen Sicherheit aus die Verwahrung der kriminellen Degenerierten auch über die Zeit der Strafe hinaus begrüßen muß, so schwere Bedenken erheben sich gegen die Bestimmung, daß diese Degenerierten in öffentlichen Heil- oder Pfleganstalten verwahrt werden müssen. Die Begründung zum Vorentwurf enthält nichts darüber, warum kriminelle Minderwertige nach Ablauf ihrer Strafzeit nun gerade in Heil- oder

Pfleganstalten verwahrt werden sollen. Alles spricht eigentlich dagegen, Verbrecher, von denen man weiß, daß sie — zwar vermindert zurechnungfähig — aber nicht geisteskrank sind, und die zu bestrafen das Gericht keinen Anstand genommen hat, nach Ablauf der Strafe nun in eine Anstalt für Geisteskranke einzureihen. Es ist eine Inkonsequenz, einen Verbrecher, den man für zurechnungfähig und für strafvollzugfähig hält, nach der Haft in eine Irrenanstalt zu sperren. In der Strafanstalt steht hinter dem Gefangenen die straffe Disziplin und die Macht und der Wille des Vorstandes, ihn unter die Hausordnung zu beugen. Die Irrenanstalt verfügt über keinerlei Disziplinarmittel. Dazu kommt, daß die auf diesem Wege eingewiesenen Verbrecher nicht geisteskrank sind. Dem Irrenanstaltsvorstand sind aber, auch wenn er noch so sehr die Überzeugung hat, daß der Eingewiesene nicht geisteskrank und, wie die unmittelbar vorausgegangene Strafe dargetan hat, straffähig ist, doch die Hände gebunden: er muß einen Menschen, den er nicht für geisteskrank hält, behalten. Dazu kommt als weiterer empfindlicher Mißstand, daß solche Insassen erfahrunggemäß zum Teil zu den unangenehmen Patienten gehören, daß sie in die Irrenanstalt Gewohnheiten und Eigenschaften mitbringen, die in einer Irrenanstalt außerordentlich störend sind, und die vor allem nur sehr wenig wirksam und jedenfalls nur mit Mitteln bekämpft werden können, die nach den in der Psychiatrie allgemein gültigen Anschauungen in einer Irrenanstalt nicht verwandt werden (Arrest und andere Disziplinarmittel). Nur wenn diese degenerierten Verbrecher so untergebracht sind, wie in der Strafanstalt, nur dann wird man mit ihnen verhältnismäßig leicht fertig. I n e i n e I r r e n a n s t a l t g e h ö r e n u n d p a s s e n s i e n i c h t. So hat auch der Deutsche Verein für Psychiatrie in seiner letzten Jahresversammlung in Stuttgart (April 1911) auf Grund eines Vortrags von *Cramer*-Göttingen über den Vorentwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuch sich dahin ausgesprochen, daß, soweit es sich bei den vermindert Zurechnungfähigen um Unterbringung in Anstalten handeln würde, A n s t a l t e n f ü r G e i s t e s k r a n k e nicht in Frage kommen könnten. Die vom Vorentwurf vorgeschlagene Art der Verwahrung der geistig minderwertigen Kriminellen wird am einmütigen Widerstand der Irrenanstalten scheitern. Es bleiben als Art der Unterbringung dieser kriminellen Minderwertigen zwei Mög-



lichkeiten: entweder ihre Verwahrung in Zentralanstalten oder ihre Belassung in den Strafanstalten bzw. in Adnexen der Strafanstalten.

Wer viel mit kriminellen Degenerierten zu tun hat, wird Zentralanstalten kaum das Wort reden. Die Anhäufung dieser Elemente gibt Anlaß — darüber ist man wohl einig — zu den größten Schwierigkeiten. Ein mehr oder weniger großer Teil der Degenerierten gehört zu den gewalttätigen, komplott- und fluchtbereiten Verbrechern. Die Sicherungshaft nach verbüßter Strafhaft wird von ihnen zweifellos als himmelschreiendes Unrecht angesehen, dem sie sich mit allen Mitteln werden zu entziehen versuchen. Ausbruchversuche werden an der Tagesordnung sein, so daß, obwohl diese Anstalten ein Zwischending zwischen Straf- und Irrenanstalten sein sollen, viel schärfere Sicherheitsmaßregeln notwendig sein werden, als in Strafanstalten, wo die Möglichkeit eines Milieuwechsels und damit eine individualisierende Behandlung weit eher gegeben ist, als in den Zentralanstalten, die ein im wesentlichen doch mehr gleichartiges Material beherbergen. An das Personal müßten sehr große Anforderungen gestellt werden, Anforderungen, denen es auf die Dauer nicht gewachsen sein dürfte. Wir haben hier bei der Ansammlung einer viel geringeren Zahl von Degenerierten in der Irrenabteilung so erhebliche Schwierigkeiten erwachsen sehen, daß wir uns nur durch Rückversetzung dieser Verbrecher, die nun einmal nicht in Irrenabteilungen passen, in die Strafanstalt helfen konnten.

So bleibt als einzige zweckmäßige Art der Unterbringung übrig: die Strafanstalt, bzw. ein der Strafanstalt angegliederter Adnex. In den Adnexen würden die mehr harmlosen und die nicht gefährlichen Degenerierten untergebracht werden, und es ließen sich für solche Abteilungen, in denen dem Strafanstaltsarzt besondere Befugnisse zu erteilen wären, ohne Schwierigkeiten Bestimmungen treffen, die zum Ausdruck bringen, daß es sich bei den Insassen nicht um Strafgefangene, sondern um verwahrungbedürftige Degenerierte handelt, Erleichterungen und Vergünstigungen, die geeignet wären, den Aufenthalt dort zu erleichtern. Gefährliche und ausbruchverdächtige Degenerierte müßten wie in der Strafanstalt untergebracht bleiben; ihre Versetzung in die Verwahrungsabteilung würde nur erfolgen bei tadelloser Führung und als Belohnung für Wohlverhalten. In der Belassung der Degenerierten in der Strafanstalt

auch über die Dauer der angeordneten Verwahrung kann weder ein Unrecht noch eine besondere Härte erblickt werden. Einmal handelt es sich in der Mehrzahl der Fälle um Gewohnheitsverbrecher, die ohnehin sich in der Freiheit nur kurze Zeit halten und mit kurzen Unterbrechungen jeweils bald wieder der Strafanstalt zugeliefert werden; dann aber ist es nicht sowohl der Strafvollzug, als vielmehr die Freiheitsentziehung, die sie schwer empfinden, und diese ist in der Irrenanstalt, in der Zentralanstalt für Degenerierte und in der Strafanstalt die gleiche. Zudem würden die in der Strafanstalt verwahrten Degenerierten durch Wohlverhalten eine Versetzung in die Verwahrungsabteilung für Minderwertige erreichen können.

Diese Lösung der Verwahrungsfrage der vermindert zurechnungfähigen Verbrecher scheint uns die zweckmäßigste. In der Strafanstalt sind, das haben wir im ersten Teil unserer Darstellungen auszuführen versucht, die Degenerierten gut untergebracht, sie machen keine besonderen Schwierigkeiten, und mit den schlimmen Elementen unter ihnen wird man hier am leichtesten fertig. Auf diese Weise, durch Verwahrung der geistig minderwertigen Verbrecher in der Strafanstalt, bzw. in einer der Strafanstalt angegliederten Abteilung, wird allen Seiten geholfen. Die Öffentlichkeit ist gesichert gegen diese Schädlinge, die Irrenanstalten sind befreit von Insassen, deren Anwesenheit sie — und das mit Recht — als störend und lästig empfinden, besondere Zentralanstalten sind überflüssig.

Wenn in der Begründung zum Vorentwurf die Ansicht vertreten ist, „daß die Verwahrung bloß gemindert Zurechnungfähiger, die zunächst ihre Strafe zu verbüßen haben, verhältnismäßig selten vorkommen wird, schon weil die Strafe dazwischen liegt, deren Wirkungen eine demnächstige Verwahrung oft erübrigen werden", so ist dies eine Anschauung, der wir uns n i c h t anzuschließen vermögen; w i r h o f f e n v i e l m e h r z u v e r s i c h t l i c h, d a ß e s r e c h t v i e l e s i n d, d e r e n v e r b r e c h e r i s c h e m T u n a u f d i e s e W e i s e e i n R i e g e l v o r g e s c h o b e n w i r d. Nun bringt der neueste von der Strafrechtskommission ausgearbeitete Vorentwurf nicht nur für die geistig Minderwertigen die Verwahrung, er ordnet auch für gewerb- oder gewohnheitmäßige Verbrecher nach erstandener Strafzeit eine Sicherheitshaft an. Degenerierte Verbrecher und gewerb- oder gewohnheitmäßige Verbrecher sind zwei Begriffe.



die sich nicht ganz decken; aber gerade in den schweren Fällen werden sie es tun, und so ist zu hoffen, daß in all den Fällen, wo die geistige Minderwertigkeit nicht genügt, die Verwahrung anzuordnen, die Merkmale des Gewohnheitsverbrechers gegeben sind, so daß der Degenerierte auf diese Weise verwahrt werden kann.

Wenn so nach dem Willen des neuesten Vorentwurfs sowohl die geistig minderwertigen als auch die unverbesserlichen gewohnheitmäßigen Verbrecher auf lange Zeit in den Strafanstalten zurück- und von verbrecherischem Tun abgehalten werden, dann wird wieder ein bedeutsamer Schritt vorwärts getan sein in der Bekämpfung des Verbrechens, ein Schritt vorwärts auf dem Wege, den der VII. Internationale Kongreß für Kriminalanthropologie in Köln gewiesen hat, wo er den Antrag angenommen hat, „die unbestimmte Verurteilung, d. h. die Verurteilung zu einer Strafe, deren Dauer (die sich in den weitesten Grenzen ziehen ließe) von dem Anpassungsvermögen des Subjekts an die sozialen Vorschriften abhängig gemacht würde, zu empfehlen für diejenigen Verbrecher, deren Verbrechen im Prinzip auf einer mangelhaften Anpassung an die Gesellschaft beruhen."

Wir begrüßen die vom Vorentwurf vorgeschlagene Verwahrung und Sicherungshaft der Degenerierten und Unverbesserlichen als bedeutsamen Fortschritt. Letzten Endes aber versprechen wir uns von der Strafe einen vollen Erfolg erst dann, wenn sie, losgelöst vom Vergeltungsgedanken, nichts anderes sein wird, als die Abwehrmaßregel der Allgemeinheit gegen Schädlinge am Volkskörper.

Psychiatrie und Fürsorgeerziehung in Württemberg.

Von

Oberarzt Dr. **Schott,** leit. Arzt der Heil- und Pflegeanstalt Stetten i. R.

Das psychiatrische Interesse an den Fürsorgezöglingen hat sich in den letzten Jahren in zunehmendem Maße betätigt und dank sorgfältiger und umfangreicher Untersuchungen viel Bedeutungvolles zutage gefördert. In Württemberg liegen die Verhältnisse für irrenärztliche Durchuntersuchung des gesamten Materials an Fürsorgezöglingen aus äußeren Gründen nicht günstig. Die Wichtigkeit und Vielseitigkeit der Beziehungen, welche zwischen den Fürsorgezöglingen einerseits, dem Gebiete der Irrenheilkunde andererseits bestehen, lassen es dringend wünschenswert erscheinen, daß in nicht zu ferner Zeit eine einheitliche Durchuntersuchung der gesamten Fürsorgezöglinge unserer 38 württembergischen Rettungsanstalten mit 656 männlichen und 386 weiblichen, also insgesamt 1042 Fürsorgezöglingen bewerkstelligt werden kann. Daß eine derartige umfassende Erhebung große Anforderungen an Zeit und Mühe stellt, bedarf keiner besonderen Ausführung, zumal bei der großen Zahl der Anstalten und ihrer Zerstreutheit über das ganze Land. Unsere größte Rettungsanstalt mit 206 Insassen, darunter 60 Fürsorgezöglingen, ausschließlich weiblichen Geschlechts ist Untermarchtal, dann folgt Heiligenbronn O.-A. Horb mit 131, darunter 15 Fürsorgezöglingen männlichen Geschlechts, dann Schelklingen mit 128 bzw. 96 und Schoenbühl mit 114 bzw. 113 Knaben. An letzterer Anstalt konnte ich unter liebenswürdiger Unterstützung und Beratung des Herrn Inspektors Fischer im Laufe des Jahres 1910 im ganzen 80 Zöglinge eingehender untersuchen. Ehe ich auf das Ergebnis meiner Untersuchungen übergehe, dürfte es sich empfehlen, einen kurzen Einblick in das Gesetz[1] über die Fürsorgeerziehung Minderjähriger in Württemberg vom 29. Dezember



1899 / 11. November 1905 zu geben. Die Fürsorgeerziehung (Zwangserziehung) ist der auf Staatskosten erfolgende Eingriff des Staats in das persönliche Elternrecht der Kindererziehung. Verfolgt wird dabei immer ein sozialer Zweck: Besserung oder Vorbeugung, zunächst zugunsten des Minderjährigen, in letzter Linie aber zum Schutze der Gesellschaft. Die Fürsorgeerziehung ist eine notwendige Ergänzung der Strafrechtpflege. Über den Erfolg der Fürsorgeerziehung in Württemberg liegen zurzeit noch keine abschließenden Aufstellungen vor. Die fortschreitende Abnahme der Zahl jugendlicher Gefangener in Württemberg läßt keinen Schluß darauf zu, ob das Fürsorgeerziehungsgesetz (F. E. G.) einen Rückgang der Kriminalität Jugendlicher herbeigeführt hat, da die seit 24. Februar 1896 in Württemberg eingeführte bedingte Begnadigung immer mehr zur Anwendung gelangt [2], Jugendlichen gegenüber sogar fast regelmäßig. Die Anwendung des F. E. G. bringt es ferner mit sich, daß fortwährend eine nicht geringe Anzahl verwahrloster Elemente sich in sicherer Hut befindet, also zu Straftaten fast gar keine Gelegenheit hat. Nach drei Anstaltberichten sind von etwa 60% die Ergebnisse als zufriedenstellend zu bezeichnen. Für Preußen liegt eine Statistik über das Nachleben aller früheren Fürsorgezöglinge, welche in der Zeit vom 1. April 1904 bis zum 31. März 1909 aus der Fürsorgeerziehung ausgeschieden sind, vor [4].

Es sind 9931 Zöglinge gewesen. Von diesen waren verstorben, geisteskrank, ausgewandert usw. 480 Zöglinge, nicht ermittelt wurden 984 männliche und 348 weibliche Zöglinge, so daß tatsächlich 8155 Zöglinge ermittelt worden sind. Über diese sind sehr genaue Erkundigungen eingezogen worden. Polizeiorgane wurden dabei nicht in Anspruch genommen. Nur die früheren Fürsorger, Anstaltvorsteher, Familienväter, Lehrmeister usw. wurden befragt. Etwaige gerichtliche Verurteilungen wurden durch Anfrage bei den Strafregisterbehörden festgestellt. Diese amtliche Statistik lehrt uns, daß die Erfolge der staatlichen Fürsorgeerziehung außerordentliche sind. Aus den ausführlichen 29 Tabellen, welche vom Kgl. Preuß. Ministerium des Innern ausgearbeitet worden sind, ergibt sich, daß von den 8155 ermittelten ehemaligen Zöglingen sich zurzeit führen:

	männliche	weibliche
genügend bis gut	3177 (70%)	2484 (68,7%)
zweifelhaft bis gut	489 (10,8%)	433 (11,9%)
ungenügend bis schlecht	872 (19,2%)	700 (19,4%)



Diese Durchschnittsziffern werden bei den im Alter bis zu 14 Jahren in Fürsorgeerziehung Überwiesenen übertroffen: von ihnen haben 85,1% der männlichen und 88% der weiblichen, von den im Alter von 14 bis 16 Jahren Zugeführten 75,1% der männlichen und 75,4% der weiblichen Personen eine genügende bis gute Führung aufzuweisen. Selbst bei den erst im Alter von 16—18 Jahren Überwiesenen sinkt die Ziffer der mit befriedigender Führung Ermittelten nur wenig unter den Durchschnitt, nämlich auf 64% bei den männlichen und auf 65% bei den weiblichen Personen.

Diese Ergebnisse lassen erkennen, daß die geleistete Arbeit nicht vergeblich war. Je früher die Fürsorgeerziehung einsetzt, desto bessere Erfolge werden im allgemeinen zu erwarten sein.

Es ist eine leidige Tatsache, daß, ähnlich wie bei der Anstaltunterbringung Geisteskranker oder der Entmündigung Trunksüchtiger, die entsprechenden Maßnahmen vielfach reichlich spät getroffen werden. Es ist damit der fürsorgliche Zweck des Gesetzes nicht genügend gewahrt.

Geschichtlich interessant[1] ist die Feststellung, daß schon die zweite württembergische Landesverordnung vom 10. April 1515 eine Strafbestimmung gegen denjenigen enthält, welcher sein Vermögen verpraßt und Weib und Kind betteln läßt. Die Armenordnung vom 27. März 1531 enthält die allgemeine Ermahnung, man solle Kinder und Dienstboten in die Kirche schicken, damit sie von Unarten und Verbrechen abgehalten werden.

Die Unterbringung in einer Erziehungs- oder Besserungsanstalt ist erstens möglich, „wenn der Minderjährige vor Vollendung des 12. Lebensjahres eine Handlung begangen hat, welche im Fall der Begehung durch einen Strafmündigen sich als Verbrechen oder Vergehen oder als eine Übertretung im Sinne des § 361 Ziff. 3 oder § 4 StrGB. (Landstreicherei oder Bettel) darstellen würde, und die Fürsorgeerziehung mit Rücksicht auf die Beschaffenheit der Handlung, auf die Persönlichekit des Minderjährigen, seiner Eltern oder sonstigen Erzieher und auf seine übrigen Lebensverhältnisse zur Verhütung weiterer sittlicher Verwahrlosung erforderlich ist". (F. E. G. Art. 1, Abs. 1, Ziff. 1.) Also nicht eine strafbare Handlung an sich genügt zur Anordnung der Unterbringung, sondern die gesamten Verhältnisse des Minderjährigen und seiner Umgebung müssen so beschaffen sein, daß die Unterbringung zur Verhütung weiterer sittlicher Verwahrlosung erforderlich ist. Demnach ist, wie *Landsberg* sich ausdrückt, nicht die Tat, sondern der Zustand maßgebend.

Der zweite Fall, welcher zur Einleitung der Fürsorgeerziehung führt,



ist vom Gesetz sehr allgemein gefaßt (Art. 1, Ziff. 2 F. E. G.): „wenn sonstige Tatsachen vorliegen, welche die Fürsorgeerziehung zur Verhütung des völligen sittlichen Verderbens notwendig machen". Ziff. 1 und 2 ist also gemeinsam, daß die bloße in den Verhältnissen der Umgebung, der Erziehung des Minderjährigen liegende Gefahr der Verwahrlosung nicht zum Eingreifen genügt, sondern daß ein gewisser Grad von Verwahrlosung schon vorliegen muß. Bei Verschulden der Eltern im Sinn der §§ 1666, 1838 BGB. genügt die bloße Gefahr zur Anordnung der Fürsorgeerziehung; die gesetzlichen Bestimmungen sind hier rein vorbeugend.

Die Fürsorgeerziehung erstreckt sich nur auf die sittliche Verwahrlosung; körperliche Verwahrlosung als solche kann die Einleitung der Fürsorgeerziehung nicht begründen.

Einverständnis der Eltern ist keine Voraussetzung für die Einleitung der Fürsorgeerziehung, welche nur anzuordnen ist, wenn der Minderjährige das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Württemberg hat diese Altersgrenze mit einer Reihe von kleineren Bundesstaaten festgesetzt, während z. B. die Gesetze von Preußen, Baden und Hessen erst mit Vollendung des 18. Lebensjahrs die Einleitung der Fürsorgeerziehung ausschließen. Eine untere Altersgrenze hat das Gesetz nicht bestimmt. Die Zahl der im Alter unter 6 Jahren eingewiesenen Zöglinge betrug in Württemberg im Jahre 1906 immerhin 13,3% der Gesamtzahl.

Die Anwendbarkeit des F. E. G. erleidet eine bedeutende Einschränkung durch den Abs. 3 des Art. 1:

„Die Anordnung der Fürsorgeerziehung kann in den Fällen des Abs. 1 Ziff. 1 und 2 nur erfolgen, wenn die Erziehungsgewalt der Eltern oder sonstigen Fürsorger und die Zuchtmittel der Schule, sowie anderweitige, der Gefahr sittlicher Verwahrlosung des Minderjährigen vorbeugende Maßregeln sich als unzulänglich erweisen, und wenn dem Bedürfnis nach einer geordneten Erziehung nicht auf anderem Weg (durch die öffentliche Armenpflege oder die Vereinstätigkeit) ausreichend entsprochen wird."

Die Anordnung der Fürsorgeerziehung soll das letzte Auskunftsmittel sein, wenn auf andere Weise dem Bedürfnis nach einer geordneten Erziehung nicht ausreichend entsprochen werden kann (Vollzugsverfügung vom 14. II. 1900).

Zuständig für das Fürsorgeerziehungsverfahren ist nach Art. 1 F. E. G. das Vormundschaftsgericht. Art. 2 bestimmt dazu: „Vormundschaftsgericht im Sinn der §§ 1666 Abs. 1 und 1838 des BGB. sowie des Art. 1 Abs. 1 Ziff. 1 und 2 dieses Gesetzes ist das Amtsgericht". Das Vormundschaftsgericht beschließt von Amts wegen oder auf Antrag (Art. 4 Abs. 1 F. E. G.). Eine Antragpflicht statuiert das Gesetz selbst nicht. § 3 Abs. 2 der Vollzugsverfügung vom 14. II. 1900 macht den antragberechtigten Behörden ausdrücklich zur



Pflicht, den Antrag auf Fürsorgeerziehung zu stellen, wenn entsprechende Tatsachen zu ihrer Kenntnis gelangen. Diese Tatsachen sollen nebst den Beweismitteln im Antrag spezifiziert werden. Die Behörden werden noch besonders daraufhingewiesen, den Antrag rechtzeitig, d. h. vor Eintritt weitgehender sittlicher Verwahrlosung des Kindes zu stellen.

Zur Stellung des formellen Antrags sind gemäß Art. 4 Abs. 2 F. E. G. zunächst folgende Einzelpersonen berechtigt: die Eltern, die Großeltern, der Vormund, Gegenvormund oder Pfleger des Minderjährigen und der Beistand seiner Mutter. Von diesem Antragrecht wird nicht häufig Gebrauch gemacht: im Jahr 1906 ist die Einweisung nur in 19 von 316 Fällen auf Antrag einer dieser Personen erfolgt. Bei Antragstellung seitens der Eltern oder Großeltern hat der Richter besonders zu prüfen, ob es sich nicht nur um einen Versuch derselben handelt, der Sorge für das Kind sich zu entledigen.

Weiterhin sind antragberechtigt „diejenigen Behörden, welche von der Verwahrlosung eines Minderjährigen Kenntnis erhalten". Das sind in erster Linie die Gemeinde-, Kirchen- und Schulbehörden; im Jahr 1906 veranlaßten deren Anträge 68% sämtlicher Fürsorgeerziehungsbeschlüsse. Ferner kommen in Betracht die Staatsanwaltschaften schaften, die ordentlichen Vormundschaftsgerichte, die Polizeibehörden, sowie die amtlichen Ärzte. Diese Befugnis der amtlichen Ärzte setzt die Kenntnis der hauptsächlichsten Punkte des Fürsorgeerziehungsgesetzes voraus; daraus rechtfertigt sich auch die vorstehende summarische Gesetzesübersicht.

Schott[2 3] verdanken wir eine Übersicht über die Fürsorgeerziehung Minderjähriger in Württemberg im Rechnungsjahr 1909.

Die Gesamtzahl der 1909 in Fürsorgeerziehung gestandenen Zöglinge betrug 2053, davon entfallen 61,4% auf Knaben und 38,6% auf Mädchen Am 1. Dezember 1909 waren in den württembergischen Rettungsanstalten (22 evangelische und 12 katholische) 863 Fürsorgezöglinge und zwar 515 männliche und 348 weibliche untergebracht. 793 Zöglinge = 43,1% genossen Familienerziehung. Ein Wechsel von der Familien- zur Anstaltserziehung fand bei 64, ein solcher von der Anstalts- zur Familienerziehung bei 6 Zöglingen statt. Es sei ferner noch bemerkt, daß die Durchführung der Fürsorgeerziehung in Württemberg ausschließlich von Wohltätigkeitsanstalten bewerkstelligt wird. Die nach dem Gesetz nur in außergewöhnlichen Fällen zulässige Ausdehnung der Fürsorgeerziehung über das 18. Jahr hinaus wurde im Jahr 1909 bei 35 Zöglingen (darunter 21 Mädchen), im Jahre 1908 bei 42 Zöglingen (darunter 25 Mädchen) ausgesprochen.

Von den 2053 Fürsorgezöglingen des Jahres 1909 waren ehelich geboren: 1608 = 78,3%; unehelich geboren: 445 = 21,7%.

Bei Beginn der Fürsorgeerziehung standen die meisten, 1823 = 88,8%, in einem Alter unter 14 Jahren. Die Zahl derer, welche das



14. Lebensjahr schon überschritten hatten, betrug 230 = 11,2% der Gesamtheit.

Dem Religionsbekenntnisse nach teilen sich die Zöglinge in

1423 = 69,3%	mit evangelischer	Konfession,
627 = 30,6%	,, katholischer	,,
3 = 0,1%	,, sonstiger	,,

Nach der Volkszählung vom 1. Dezember 1905 entfielen von der Bevölkerung auf Evangelische 68,7%, auf Katholische 30,2% und sonstige Konfessionen 1,1%. Die vorstehenden Zahlen entsprechen also ziemlich genau der allgemeinen Bevölkerungstatistik.

Die Ursachen, welche zur Anordnung der Fürsorgeerziehung genötigt haben, sind verschiedener Art, häufig wirken mehrere zusammen. Bald ist es die Unzulänglichkeit der häuslichen Zucht, die Verwahrlosung und Gefährdung der Kinder durch die Eltern, bald die eigene Verderbtheit und Verkommenheit der ersteren, bald sind es Mängel und schlechte Neigungen (Trunksucht, Stehlen, Gewerbsunzucht, Betteln usw.) bei Eltern und Kindern zugleich.

Der ganze Erziehungsaufwand auf die Fürsorgezöglinge hat sich seit 1900 mehr als verdreifacht, er ist von 71 604 Mk. im Jahr 1900 auf 244 924 Mk. im Jahr 1909 gestiegen, der Aufwand des Staates und der Landarmenverbände von je 28 553 Mk. auf je 97 036 Mk.

Der durchschnittliche Aufwand für 1 Fürsorgezögling belief sich

im	Jahr	1900	auf	96,50	Mk.
,,	,,	1905	,,	104,62	,,
,,	,,	1908	,,	117,57	,,
,,	,,	1909	,,	119,30	,,

Gegenüber den gesunden Zöglingen sind nach *Schott*[2 3] die in geistiger oder körperlicher Beziehung Anormalen in auffallender Minderheit. Im Jahr 1909 war die Zahl der letzteren nur 15 = 4,5%, im Jahr 1908 11,2%. Dabei ist die Zahl der geistig Minderwertigen 5, die der körperlich Bresthaften 10.

Vorbestraft waren, in der Hauptsache wegen Bettelns und Diebstahls, 76 Zöglinge.

Je mehr sich die Psychiatrie mit der Frage des Verbrechers als Individualität befaßt hat, um so lebhafter wurde ihr Interesse an den Jugendlichen der Verbrecherwelt. Die verbrecherische Jugend ist es, welche den überwiegenden Bruchteil der erwachsenen Rechtbrecher darstellt und aus welcher sich der sog. „geborene Verbrecher" rekrutiert. Die Kriminalpsychologie hat richtig erkannt, daß es leichter ist, in das Seelenleben der jugendlichen Verbrecher einen Einblick zu erlangen, als bei Erwachsenen. Es lag die Vermutung nahe, daß entsprechende Untersuchungen einen wertvollen Anhalt-



punkt für die psychologische bzw. psychopathologische Bewertung des Verbrechers bilden werden. Daraus mußten sich Folgerungen ergeben sowohl hinsichtlich der Entstehung und Verhütung des Verbrechens, als auch in bezug auf die gerichtliche und irrenärztliche Beurteilung der hierher gehörigen Individuen mit Rückwirkung auf den Strafvollzug. Der Vorentwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuch gibt Zeugnis davon, daß die Erfahrungen und Beobachtungen der Richter und Strafvollzugbeamten, der Erzieher und Fürsorger sowie die eingehenden irrenärz lichen Untersuchungen und Erhebungen Werte gezeitigt haben, welche für das soziale Leben der Zukunft von weittragender Bedeutung sind und noch sein werden. *Mönkemöller* [6] hat im Jahre 1898 durch seine Arbeit „Psychiatrisches aus der Zwangserziehungsanstalt" erneut auf die große Anzahl geistig Abnormer unter den in Zwangserziehung befindlichen Zöglingen hingewiesen und dadurch die Aufmerksamkeit für diese aktuellen Fragen frisch entfacht. Nach Einführung des Fürsorgeerziehungsgesetzes in Preußen 1901 ist die Zahl der Fürsorgezöglinge erheblich gewachsen. Seit dieser Zeit sind zahlreiche Untersuchungen an diesem Material nach den verschiedensten Gesichtspunkten angestellt worden.

Es seien hier nur *Laquer* [7], *Seelig* [8], *Kluge* [9], *Tippel* [10], *Wilmanns* [11] u. a. gennant. *Kluge* [12] hat auf der Versammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie am 29. IV. 1907 ein Referat „über die Mitwirkung des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung" erstattet. Er fand 45—50% defekter und abnormer Fürsorgezöglinge. Der Schwachsinn — vom tiefsten Idiotismus bis zum leichtesten Grad der Debilität — herrscht vor. Es erscheint nach *Kluge* [12] geboten, den sachkundigen Arzt schon bei der Einleitung des Fürsorgeerziehungsverfahrens heranzuziehen, um hier schon Aufschluß über den Geisteszustand des seiner Umgebung zu entziehenden Kindes oder Jugendlichen zu geben und danach schon die weitere Untersuchung anzuraten. *Kluge* [12] empfiehlt fernerhin die Einrichtung einer Beobachtungstation für alle bei der ersten Untersuchung nicht ganz einwandfrei festgestellten Fälle, am besten im Anschluß an eine ärztlich geleitete Idioten- oder Epileptikeranstalt. *Neisser* [13] betont unter anderem, daß der Staat Vorkehrungen treffen sollte, damit die mit der Fürsorgeerziehung berufmäßig betrauten Erzieher, namentlich aber die Leiter größerer Anstalten, sich mit den Ergebnissen der einschlägigen Sonderforschungen und Erfahrungen auf pädagogischem, kriminalistischem, psychologischem und psychiatrischem Gebiete vertraut machen, und daß zu diesem Zwecke neben anderem auch Unterrichtkurse eingerichtet werden sollten.

Wie schon gesagt, bilden die Schwachsinnigen das Gros der abnormen Fürsorgezöglinge; sie bieten, falls der Defekt vorherrschend die intellektuelle Seite betrifft, der Erziehung die geringsten Schwierigkeiten. Das Gegenteil in dieser Richtung bilden die konstitutionellen Psychopathen. An dritter Stelle stehen die Epileptiker mit meist sehr vereinzelten Anfällen, aber epileptischen Äquivalenten und Entartungsäußerungen. Ihnen folgen dann nach *Thoma* [14] die Hysterischen an Zahl. Eigentliche Psychosen in Form von manisch-depressivem Irresein, Hebephrenie sowie schwere Formen von Idiotie werden seltener erwähnt.

Thoma [14] fand bei einem Untersuchungsmaterial von 620 Zöglingen (357 Knaben und 263 Mädchen) im ganzen 322 = 51,9% als geistig abnorm: schwerer Schwachsinn in 5, mittlerer in 9 und leichter in 156 (25,2%) Fällen. Ausgesprochener sittlicher Mangel konnte nur in 4 Fällen (0,6%) angenommen werden. Den intellektuell Minderwertigen kamen die Psychopathen an Zahl am nächsten, von denen wieder eine größere Anzahl auch Intelligenzdefekte aufwies und zum Teil als imbezill angesehen werden mußte — im ganzen 95 Individuen (15,3%). Ausgesprochene Hysterie fand sich 36 mal (5,8%).

Epilepsie lag 13 mal vor (2%). 13 Zöglinge (2,1%) waren geistesgestört oder hatten Anfälle von geistiger Störung durchgemacht.

Eigene Untersuchung: Das Material stützt sich auf 80 Insassen der Rettungsanstalt Schoenbühl O. A. Schorndorf. Diese Anstalt beherbergt durchschnittlich 110 männliche Zöglinge im Alter von 8 bis 18 Jahren.

Von den untersuchten Individuen waren rund 26% unehelich geboren (Reichsdurchschnitt 10,3%). Bei 2 Zöglingen war die Geburt vorehelich, was sozial bedeutungvoll ist. Erbliche Belastung in nervöser Hinsicht fand sich sicher bei 48%; dieselbe bestand fast ausschließlich in Trunksucht der Erzeuger, nämlich bei 42%. Erbliche Belastung in krimineller Hinsicht ist in 56% erwiesen; bei 15% sind beide Eltern vorbestraft.

Diese Zahlen erhöhen sich voraussichtlich noch, wenn man berücksichtigt, daß in 8 Fällen die Akten keinen genauen Aufschluß über die Erzeuger geben. Wir werden wohl nicht fehlgehen, wenn wir die erbliche Belastung in nervöser Hinsicht auf 50% und solche in krimineller Richtung auf 60% als Minimum annehmen. Da die

Erhebungen von nervöser Belastung nicht von ärztlicher Seite und von ärztlichen Gesichtspunkten ausgehend angestellt worden sind, so ist naturgemäß auf diese Komponente der Verbrechernatur kein besonders großer Wert gelegt worden. Die erbliche Belastung in krimineller Hinsicht dürfte sich schon mehr den tatsächlichen Verhältnissen nähern, obgleich auch hier einige Lücken vorliegen. Nur in 3 Fällen = 3,7% war Geistesstörung bei einem der Erzeuger vermerkt.

Was die sozialen Verhältnisse betrifft, denen die Zöglinge entstammen, so sind in rund 75% dieselben in den Akten als „schlecht, traurig, trostlos" und ähnlich charakterisiert; es handelt sich hierbei im wesentlichen um verbrecherische bzw. trunksüchtige Familienglieder und deren Leben und Treiben. Unter Berücksichtigung der trunksüchtigen Erzeuger, sonstiger trunksüchtiger Umgebung (Stief-, Pflegeeltern, Geschwister u. a. m.) sowie eigener Trunkliebe, muß bei 65% dem Alkohol eine verhängnisvolle, Verbrechen befördernde Wirkung zugestanden werden.

Bei 7 Fürsorgezöglingen werden die häuslichen Verhältnisse als „geordnet" bezeichnet; 5 mal werden die Eltern „ordentlich" benannt, 4 mal heißt es ausdrücklich, daß die allein stehende Mutter trotz guten Willens „zu schwach" zur Erziehung sei. In 3 Fällen bestanden ungünstige Verhältnisse insofern, als die Eltern teils krank, teils durch ihre Arbeit tagüber von Hause abwesend waren.

Auf Groß-Stuttgart entfallen 34% unserer Zöglinge, während die übrigen sich ziemlich über das Land verteilen. Groß-Stuttgart, das etwa den achten Teil der Landesbevölkerung ausmacht, überragt also hier fast um das Dreifache.

27% der Fürsorgezöglinge entstammen Handwerkerkreisen, 22% sind aus Taglöhnerfamilien hervorgegangen, 15% rekrutieren sich aus dem Fabrikarbeiterstande. Die übrigen 36% verteilen sich auf verschiedene Berufe, wovon streng genommen 10% eigentlich ohne festen Beruf sind.

Von besonderem Interesse sind die Aufzeichnungen aus der Schule, welche ziemlich vollständig vorliegen.

Was die Begabung im allgemeinen anbetrifft, so wird nach den vorliegenden Schulzeugnissen die „Fähigkeit" bei 7



als „gut“, bei 19 als „befriedigend“, bei 30 als „genügend“ und bei 24 als „ungenügend bzw. schlecht“ geschätzt.

Unter den Letzten, bzw. der Letzte saßen 28, 12 davon kamen mit ihren Altersgenossen überhaupt nicht mit.

Es stehen also, nach dem Maßstabe der Schule gemessen, 35% unter dem Durchschnittmaß der Begabung. Wenn wir die Note „genügend“ als den Durchschnitt annehmen, so entfallen hierauf 37,5%. Über den Durchschnitt erheben sich 26 bzw. 7 oder rund 33% bzw. 9%. Von 9% („gut“) kann man jedenfalls sagen, daß sie über der Durchschnittbegabung stehen. Hinsichtlich der Durchschnittbegabung dürfte es richtiger sein, die Noten „befriedigend“ und „genügend“ zusammenzufassen, womit wir einen Prozentsatz von 61% erhalten. Letztere Zahl dürfte den tatsächlichen Verhältnissen mehr entsprechen.

Was die in den Akten aufgeführten Eigenschaften der Fürsorgezöglinge betrifft, so wäre darüber folgendes zu sagen: An der Spitze aller schlimmen Eigenschaften steht der Hang zum Stehlen; in nicht weniger als 64 Fällen = 80% liegen Eigentumsdelikte vor. Es stimmt diese Feststellung mit der bekannten kriminalistischen Erfahrung überein, daß der Diebstahl das weitaus vorherrschende Delikt der Jugendlichen ist. Bei 60% der Fürsorgezöglinge wird die Neigung zum Lügen hervorgehoben und in einzelnen Fällen als „unglaublich“ bezeichnet. Ein unbezwingbarer bzw. ungezügelter Freiheitstrieb spricht aus der Erscheinung, daß 40 = 50% unserer Fürsorgezöglinge, sei es des öfteren „die Schule geschwänzt“, sei es einmal oder mehrfach aus „ihrer Lehrstelle entlaufen“ sind. Diese Eigenschaft erklärt auch die zahlreichen Entweichungen aus der Erziehungsanstalt.

Diesen drei Charakterzügen gegenüber fallen die anderen in den Akten erwähnten schlechten Neigungen nicht so sehr in das Gewicht; meist finden sich natürlich mehrere derselben bei einem und demselben Individuum aufgeführt, wie z. B. „lügt, stiehlt, schwänzt Schule“ oder „frech, unfolgsam, arbeitscheu und diebisch“ u. a. m.

An vierter Stelle kommt die Faulheit bzw. Arbeitscheu, nämlich in 46%.

Als frech werden 17, als widerspenstig bzw. unbotmäßig 16,

als verschlagen 15, als leichtsinnig 9, als gleichgültig 8, als verschlossen 7, als gutmütig und haltlos 5, als reizbar und gewalttätig je 4, als roh 3 und als schüchtern 2 bezeichnet.

Den Anlaß zur Einleitung der Fürsorgeerziehung bildeten in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle Straftaten, voran Eigentumsdelikte, nämlich in 61 Fällen. Wegen mehrfachen Weglaufens aus der Lehre wurden 6, wegen hartnäckigen Schulschwänzens 4 in Fürsorgeerziehung gegeben. Bettel und Landstreicherei haben 4, Sittlichkeitsverbrechen und Urkundenfälschung je 2 und Körperverletzung 1 Zögling der Anstalt zugeführt. Bei 5 Fürsorgezöglingen lag außer Diebstahl noch Brandstiftung vor.

Der Antrag auf Anordnung der Fürsorgeerziehung ging nur in den seltensten Fällen, nämlich in 9 = 11,2% von den Eltern aus.

Vorbestraft bei der Einweisung in die Erziehungsanstalt waren 32%; wegen strafbarer Handlung in Untersuchung standen 58%.

Bei 29 kriminellen Vorfahren fand sich 22 mal beim Nachfahre dasselbe Delikt. Bei krimineller Belastung von seiten beider Erzeuger überwog der Einfluß der Mutter.

Bei der ärztlichen Untersuchung legten 16 ein schüchtern-verlegenes, 16 ein ruhiges und überlegtes, 9 ein freches, 7 ein stumpfes, 16 ein verschlossenes und 16 ein munteres Wesen an den Tag. Nach dem Lieblingsfach in der Schule befragt, gaben 57 = 71% an, ein solches oder mehrere zu haben; 23 erklärten, kein Lieblingsfach zu besitzen. An der Spitze der Lieblingsfächer stehen Geographie und Geschichte bei je 10, dann Rechnen 8, Zeichnen und Schönschreiben je 7, Lesen und Diktat je 4, Aufsatz 3, Singen und Auswendiglernen je 2.

Befragt, ob sie einen Freund in der Anstalt besäßen, stellten dies 37 = 46,2% in Abrede.

Auf körperlichem Gebiete sind zu erwähnen: Entartungszeichen bei 80%. Die Asymmetrie des Gesichtschädels war besonders häufig. Linkshänder waren 5 = 6,2%. Farbenstörung ließ sich in 2 Fällen nachweisen. Bettnässen bestand bei 10 = 12,5%; darunter befanden sich 4, welche auf Epilepsie verdächtig waren. Stottern wiesen 3 auf. Tätowierungen zeigten 8 = 10%, davon waren 3 psychiatrisch verdächtig und 3 besonders kriminell veranlagt. In



gegen 40% konnte eine Schwellung der Schilddrüse festgestellt werden, welche wohl mit der Entwicklung der geschlechtlichen Reife in Zusammenhang stehen dürfte. In nur 3 Fällen konnte von einer Struma gesprochen werden. Vasomotorisches Nachröten und mechanische Muskelerregbarkeit erwiesen sich in 60% lebhaft, davon in einem Drittel der Fälle entschieden gesteigert. Ein ähnliches Verhalten zeigten die Sehnenreflexe. Ein Drittel der Individuen war im Längenwachstum gegenüber dem Durchschnitt ihres Lebensalters zurück.

4 Individuen waren verdächtig auf Tuberkulose; bei 6 bestanden Erscheinungen einer Mittelohreiterung. Ausgesprochene Herzfehler kamen bei den untersuchten 80 Fürsorgezöglingen nicht zur Beobachtung, ebensowenig Lues.

Psychiatrisch verdächtige Fälle waren es 19 = rund 24%; eine besondere kriminelle Anlage zeigten 12 = 15%.

Unter den psychiatrisch verdächtigen Fällen befanden sich 7 mit dem Verdacht auf Epilepsie. Bei keinem derselben bestanden ausgesprochene Krampfanfälle. Die Personalien derselben sind in Kürze:

1. F. B. aus B., 15 J. alt, Schulschwänzer. Vater Trinker, Mutter Dirne. Zahlreiche Narben auf dem behaarten Kopf. Dermographie, mechanische Muskelerregbarkeit und Sehnenreflexe erhöht. Periodische Verstimmungen. Nach dem Bericht des Inspektorats „ein schwieriger Knabe, der gute Tage und Wochen hat, aber der auf einmal wieder trotzig und unbotmäßig sein kann". Degenerationszeichen.

2. P. K. aus H., 14 J. alt, mehrfache Diebstähle begangen. Vater vorbestraft wegen Körperverletzung und Urkundenfälschung. Mutter zu nachgiebig, soll an „Krämpfen" leiden. Im J. 1909 Kopfverletzung mit Bewußtlosigkeit und nachfolgender Wundeiterung. Druckempfindliche Narbe. Öfteres Auftreten von Übelkeit. Ein Ohnmachtanfall in der Erziehunganstalt. Degenerationszeichen.

3. G. R. aus B., 16 J. alt, Brandstiftung. Vater P., Stiefmutter Dirne. Drei Brüder ganz verkommen, „unsittlich, zündeln, stehlen und betrügen". Bettnässer zeitweise. Starker sittlicher Defekt. Zuzeiten sehr erregbar; viel Kopfweh. Degenerationszeichen.

4. A. L. aus H., 18 J. alt, Sittlichkeitsvergehen. Vater P., Mutter Dirne. Verschlagen und frech. Verdacht auf Tb. Reflexe, vasomotorisches Nachröten und mechanische Muskelerregbarkeit gesteigert. Zeitweise mürrisches und gereiztes Wesen. Viel Kopfweh. Bettnässen. „Ohnmachtanfälle". Degenerationszeichen. Tätowierung.

5. P. M. aus M., 19 J. alt. Raub und Diebstahl i. R. Vater P., Mutter geistig schwach. †. Lügt und betrügt, stiehlt und ist roh. Periodisch mürrisch-aufgeregtes Wesen. Fünfmal in diesen Zeiten aus der Anstalt entwichen. Erhöhte Reflexerregbarkeit. R. Schilddrüsenlappen vergrößert. Trigeminuspunkte I u. II l. druckempfindlich. Zeitweises Bettnässen. Mehrfache Tätowierungen.

6. G. R. aus M., 16 J. alt, Diebstahl. Eltern ordentlich. Zeitweise Schwindelgefühl mit Erbrechen. Gesteigerte Reflexerregbarkeit. Zeiten mürrischer Verstimmung. Gelegentliches Einnässen. Degenerationszeichen.

7. F. Zw. aus L., 17 J. alt. Diebstahl. Stiefmutter P. und Unzucht. Zwei Schwestern sittlich verkommen. Schlechter Schüler. Narben am Kopf. Ausgesprochene Verstimmungen reizbaren Charakters. Ab und zu Klagen über Kopfweh. Otitis med. l. Zeitweises Einnässen. Reflexerregbarbeit erhöht. Entartungszeichen.

In 6 weiteren Fällen besteht ein Schwachsinn mittleren Grades. 4 Fürsorgezöglinge sind starke Psychopathen, darunter 1 mit homosexuellen Neigungen.

Bei einem Fall besteht Verdacht auf eine organische Gehirnerkrankung:

J. N. aus H., 17 J. alt. Diebstahl. Vater P., vorbestraft. Faul und unbotmäßig, lügnerisch und heimtückisch; bedroht und mißhandelt die Mutter. Schlechter Schüler gewesen. Doppelts. Otitis med. purul. Strabismus diverg. l. R. Pupille stark erweitert und von geringer Reaktion. Konsensuelle Reaktion von R. nach L. gut, von L. nach R. wenig. Puls verlangsamt und gespannt. Reflexsteigerung. Zeitweises Schwindelgefühl.

In 1 Fall wurde das Vorhandensein einer manisch-depressiven Anlage angenommen.

Es handelt sich hierbei um einen 14jähr. Knaben, E. S. aus R. Diebstahl. Vater P. Wenig begabt. Sehr wechselnd in Stimmung und Leistungfähigkeit. „Oft könnte ich in der Schule der Erste werden, ein anderes Mal weiß ich wieder fast gar nichts.“ Mehrfache Degenerationszeichen. Lebhafte Reflexe. Bald träumt der Knabe vor sich hin, bald ist er heiter und gesprächig.

12 Individuen = 15% der Gesamtzahl zeigen eine besonders ausgesprochene kriminelle Anlage.

1. W. B. aus L., 10 J. alt, Einbruchsdiebstahl. Vater wegen Bettelns vorbestraft, Mutter mehrfach wegen Diebstahls und Hehlerei bestraft, gilt für händel- und streitsüchtig. Der Lehrer äußert sich über B. wie folgt: B. ist ein in jeder Beziehung durchaus verwahrloster, verdorbener



und roher Mensch; lügt, betrügt und stiehlt, quält Menschen und Tiere, schwänzt die Schule und hat selbst dem Lehrer schon mit Erschießen gedroht. Hang zum Diebstahl außerordentlich stark entwickelt. Schulzeugnis: Fähigkeit befriedigend — Betragen ungenügend — Fleiß ungenügend — Kenntnisse ungenügend — 58/58.

Die Anstaltleitung berichtet über den Zögling: B. ist ein Knabe von ungewöhnlicher Verdorbenheit und schwieriger Charakteranlage . . . Der Knabe ist so lügenhaft, verschlagen, heuchlerisch, boshaft und diebisch, daß es ganz unmöglich erscheint, ihn in einer Familie vor Ausschreitungen zu bewahren. Die Fortsetzung der Anstaltzucht ist unbedingtes Erfordernis.

Noch nicht konfirmiert. Körperlich außer Entartungszeichen und erhöhter Reflexerregbarkeit nichts Besonderes. Orientiert, Stimmung vergnügt. Kenntnisse gering. Gesteht seine Straftaten unumwunden ein. Keine Reue.

2. K. C. aus H., 16 J. alt; Diebstähle, Unterschlagungen und Urkundenfälschung. Familie sittlich tiefstehend, Kinder werden zum Betteln angehalten. Vater vorbestraft. Mutter hat uneheliche Kinder. Bei der Untersuchung albernes Wesen. Keine Organerkrankung. Residuen überstandener Rachitis. Entartungszeichen und Tätowierung. Urteilskraft gering. Sittliche Vorstellungen oberflächlich. Schlechter Schüler, dürftige Schulkenntnisse.

3. K. E. aus L., 14 J. alt, wiederholt gerichtlich bestraft (Mundraub, Sachbeschädigung, Diebstahl). Vater arbeitscheu und trunkliebend. Nach Auskunft des Lehrers gut begabt, aber faul und frech; lügt, betrügt und stiehlt, wegen Tierquälerei angezeigt, Fähigkeit genügend, Betragen ungenügend, Fleiß befriedigend, Kenntnisse ungenügend — 57/58. Bei der Untersuchung ist das Verhalten auffällig ruhig und sicher. Der Blick hat etwas Lauerndes und wird meist gesenkt gehalten. Residuen von Rachitis. L. otitis med. chron. Reflexe lebhaft. Mehrfache Entartungszeichen. Schulkenntnisse ordentlich. Beschönigt seine Handlungen nicht. Keine Reue. Er macht einen sozial recht ungünstigen Eindruck; hat bis jetzt in der Anstalt sich ordentlich geführt.

4. A. F. aus H., unehelich geb., 10 J. alt. Diebstahl. Mutter steht in schlechtem Ruf. Nach Angabe des Lehrers ist p. F. verschlossen, hinterlistig, unter Aufsicht duckmäuserisch, ohne solche ausgelassen, lügnerisch. Fleiß gering, doch nicht faul. Kenntnisse gering — 55/57. p. F. befand sich zuerst in der Anstalt Stammheim, wurde aber wegen fortgesetzter Diebereien in die Anstalt Schoenbühl versetzt. Bei der Untersuchung scheues, ängstliches Wesen. Antworten erfolgen zögernd. Blasses Aussehen, mürrisch-verdrießlicher Gesichtsausdruck. Verdacht auf Tb. Lebhafte Reflexe. Mehrfache Entartungszeichen. Orientiert. Antworten zutreffend. Klagt über Schmerzen in der Herzgegend und gibt noch von sich aus an, er habe Zeiten, wo es ihm so schwer ums Herz sei.



zu anderen Zeiten fühle er sich leichter. Beschönigt seine Handlungen nicht. Reue nicht zu erkennen.

5. P. G. aus O., 17 J. alt, 5mal wegen Bettelns bestraft; Vater wegen Körperverletzung 2mal bestraft, hat sich an P. G. des öfteren vergriffen. Nicht unbegabt. Zu wiederholten Malen seinem Lehrherrn entlaufen und sich arbeitlos und bettelnd in Württemberg und Bayern herumgetrieben. Bei der Untersuchung gewandtes Auftreten, etwas Lauerndes im Blick. Körperlich kein krankhafter Befund. Feine Gesichtszüge. Vollständiges Gebiß. Tätowierung. Entartungszeichen. Orientiert. Antworten prompt und zutreffend. Schulkenntnisse befriedigend. Sittlicher Tiefstand.

6. K. H. aus K., unehel., 18 J. alt, Unterschlagung und Betrug. Mutter ist gut prädiziert, hat selbst den Antrag gestellt. Das Pfarramt bezeichnet den p. H. als einen abnorm veranlagten, zu allem Unfug aufgelegten, mit gewöhnlichen Mitteln nicht zu bändigenden Schlingel. Der Klassenlehrer hat den Eindruck erhalten, daß K. H. ein durchaus verlogener, zu allen Verstellungen fähiger Mensch sei, der durch die Zuchtmittel der Schule und des Elternhauses auf den Weg der Ordnung nicht gebracht werden könne und namentlich einen unüberwindlichen Hang zum Vagabundieren zeige. Bei der Untersuchung langsam und wortkarg, stottert etwas. Gehör und Gesicht gut. Reflexe erhöht. Links. Kopfweh soll zeitweise bestehen. Mehrfache Entartungszeichen. Blick dauernd zu Boden gesenkt. Wesen scheu, unaufrichtig. Orientiert. Antworten zutreffend. Kentnisse gering, ebenso das sittliche Empfinden.

7. W. J. aus S., 14 J. alt, Diebstahl. Häusliche Verhältnisse so zerfahren, daß eine Besserung durch die Eltern ausgeschlossen erscheint, zumal der Vater als Reisender häufig auswärts ist. Der Lehrer urteilt wie folgt: W. J. ist durch das Lesen von Indianerbüchlein verwildert, er nahm an einer Verbrecherbande teil. Seiner Mutter hat er Geld unterschlagen; später war er bei einem Onkel im Laden unehrlich, dann in einer Lehrstelle. Ein Bruder von ihm ist Lehrer; seine Geschwister sind wohlerzogen. Häufige Schulversäumnisse gehabt, gefälschte Briefe geschrieben. Aus dem Konfirmationsunterricht ausgewiesen. Bei der Untersuchung ruhiges, sicheres Benehmen. Antworten erfolgen prompt. Geistig lebhaft. Befriedigende Schulkenntnisse. Körperlich nichts Besonderes mit Ausnahme mehrfacher Entartungszeichen. Geringes sittliches Empfinden, macht einen sozial recht ungünstigen Eindruck.

8. B. K. aus L., 13 J. alt, Raub und mehrfach Diebstahl. Vater †. Mutter wird nicht mehr fertig mit ihm. Sie äußerst sich über ihren Sohn, wie folgt: Mein Sohn lügt gern, folgt mir nicht, geht trotz Ermahnung nicht mehr in den Knabenhort. Der Lehrer bezeichnet K. als ein Ärgernis und schlimmes Beispiel für seine Mitschüler; seit der Sommervakanz 1909 ist er ein unverbesserlicher Schulschwänzer, ein frecher, trotziger Bursche mit einer vielleicht vom Vater angeborenen Neigung zu Roheiten und



Ausschweifungen. Begabung gut, Fleiß in jüngster Zeit unbefriedigend, früher befriedigend. Betragen ungenügend — 34/53. In früheren Jahren war K. ein ordentlicher Schüler, kam später in schlechte Gesellschaft. Während der Untersuchung häufig lachend und kichernd. Blasses Aussehen, unruhiger und mißtrauischer Blick. Leicht hydrozephaler Schädel; linkshändig; lebhafte Reflexe; mehrfache Entartungszeichen. Antworten prompt und zutreffend. Orientiert. Ordentliche Kenntnisse. Beschönigt nicht. Geringes sittliches Empfinden. Gebahren sozial ungünstig.

9. F. K. aus S., 17 J. alt, Diebstahl. Vater hitzig und jähzornig. Eltern selbst haben den Antrag gestellt, da ihr Sohn ein Tunichtgut sei, mit dem sie nicht mehr fertig werden. Der Lehrer gibt folgende Charakteristik: Verhalten ganz ungenügend, frech, lügnerisch, vollständig verlottert; hat durch seine Unarten fortwährend den Unterricht gestört und sich nichts sagen lassen. Sein früherer Lehrmeister mußte ihn wegen seines bösartigen, herausfordernden und losen Wesens aus der Lehre entlassen; auch aus einer anderen Stelle wurde K. wegen Frechheit und Unbrauchbarkeit fortgeschickt. Wiederholt schon mit Dirnen geschlechtlich verkehrt. Seinen Eltern Geld gestohlen. Bei der Untersuchung freches Wesen. Antworten prompt. Robuster Körperbau. Lebhafte Reflexe. Keine Organerkrankung. Mehrfache Entartungszeichen. Schulkenntnisse befriedigend. Will Chauffeur werden und trinkt am liebsten Sekt! Sozialprognose schlecht. Keinerlei sittliche Hemmungsvorstellungen.

10. A. K. aus L., 16 J. alt, mehrfache Diebstähle. Vater Potator, mehrfach bestraft. Mutter wegen Diebstahls und Nachtruhestörung bestraft. Eltern sind mit der Fürsorgeerziehung einverstanden: ihr Sohn sei faul und arbeitscheu, habe schon dreimal die elterliche Wohnung verlassen und sich tageweise und die Nacht über umhergetrieben, in einer Badeanstalt Kleider und Schuhe gestohlen. Das Stadtpfarramt hat den Antrag auf F.E. gestellt und begründet wie folgt: K. ist ein schwachbegabter, übelgearteter Knabe, der unmittelbar nach seiner Schulentlassung, noch vor der Konfirmation, zu vagabondieren angefangen hat. Seinen Eltern hat er Geld gestohlen und seine Lehrstelle verlassen. Der Lehrer bezeichnet ihn als faul und gleichgültig. Während der Untersuchung lebhaftes, etwas freches Wesen. Antworten prompt und zutreffend. Schulkenntnisse mäßig. Orientiert. Beschönigt kaum; keine Reue. Reflexerregbarkeit erhöht. Mehrfache Entartungszeichen. Mitunter links. Kopfweh. Gehör und Gesicht gut. Nur oberflächlich haftende sittliche Vorstellungen.

11. W. S. aus B., 17 J. alt, unehel., Diebstahl. Unterschlagung und Hehlerei. Mutter nervenleidend, ein Bruder epileptisch. Das Pfarramt bezeugt, daß der Knabe schon während der Schulzeit üble Eigenschaften zeigte: Trotz, Frechheit, Bummelei. Die Mutter hat ihm immer sehr den Kopf gehalten. Er trieb sich viel in verrufenen Wirtschaften umher. Bei der Untersuchung ruhig und sicher, räumt seine Straftaten in aller



Seelenruhe ein, zeigt keine Reue. Kenntnisse mäßig. Sittliches Empfinden schwach. Urteilskraft beschränkt. Orientiert. Keine Organerkrankung. Reflexe lebhaft. Mehrfache Entartungzeichen. Sozialprognose: schlecht.

12. H. W. aus T., 14 J. alt, Einbruchdiebstahl. Vater Trinker und Blutschänder. Schwester leichtsinnig. Mutter zu schwach zur Erziehung. Gemeindewaisenrat gibt an: traurige Familienverhältnisse; seltene Geriebenheit und ganz erstaunliche Lügenhaftigkeit. Der Lehrer äußert sich über W., daß er schmutzig und in zerrissenen Kleidern zu spät in die Schule kommt und dieselbe oft versäumt. Boten fanden ihn singend an der Hecke liegen. Gering begabt und faul, der Letzte unter 68. Strafen fruchten nichts. W. ist eigensinnig und trotzig, manchmal unbotmäßig. Bei der Untersuchung weinerliches Benehmen, daneben hat sein Wesen etwas Verstecktes und Unaufrichtiges. Keine Organerkrankung. Reflexe lebhaft. Schulkenntnisse gering. Orientiert. Mehrfache Entartungszeichen. Geringe Urteilskraft und sittliche Entwicklung. Haltlos und leicht beeinflußbar.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß es sich bei diesen stark kriminell Veranlagten größtenteils um erhebliche Psychopathen handelt, von denen nicht wenige zu den leichteren Formen des Schwachsinns gehören. Was vor allem in die Augen springt, ist ihre sittliche Defektuosität und moralische Frigidität. Diese beiden Eigenschaften haben ja zur Aufstellung des Symptomenkomplexes der „moral insanity" geführt und die Charakteristik des geborenen Verbrechers, des delinquente nato, begründet. Über die Berechtigung zur Aufstellung eines besonderen Krankheitbildes aus diesen Charaktereigenschaften ist viel geschrieben und gestritten worden. Wertvoller als diese theoretischen Ausführungen ist das tatsächliche Vorherrschen dieser Züge bei schwer kriminell Veranlagten. Von weitgehender praktischer Bedeutung ist fernerhin der Umstand, daß diese Individuen es waren, welche Psychiatrie und Rechtspflege bald entzweit, bald zusammengeführt haben. Nachdem sich der Furor psychiatricus auf diese Individuen geworfen und sie der rächenden Hand des Richters zu entziehen gesucht hatte, tauchte bald die bittere Erkenntnis auf, welche die Worte charakterisieren: „Die Geister, die ich rief, werd' ich nicht mehr los". Jetzt haben sich die Wogen der gegenseitigen Erregung gelegt, und ruhige Erwägung, gepaart mit wechselseitiger Wertschätzung, verspricht für die Zukunft Ersprießliches. Als äußeres Zeichen der Zusammenarbeit ist der Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch zu begrüßen; hoffentlich wird es auch gelingen, die praktischen Schlußfolgerungen in befriedigender Weise zu ziehen.

Wenn wir auch zugeben, daß 60—70% der Fürsorgezöglinge Psychopathen sind, und daß etwa 40% unter dem Durchschnitt der Begabung stehen, so ist es deshalb durchaus nicht nötig, daß alle diese Individuen ausschließlich irrenärztlicher Behandlung bedürfen. Die Rettungsanstalten Württembergs mögen weiterhin ihre schwere Aufgabe mit anerkennenswerter Geduld und Hingabe bewältigen. Die geringe Größe der einzelnen Anstalten bringt mehr Vor- als Nachteile. Gerade die Schwierigkeit der erzieherischen Tätigkeit erfordert es, daß der Leiter der Anstalt in der Lage ist, das einzelne Individuum genau kennen zu lernen und sich dessen Vertrauen durch Fürsorge und Verständnis zu erwerben und zu erhalten.

Wenn wir vom Juristen und Erzieher verlangen, daß er in die Grundzüge der Psychiatrie einen Einblick besitzt, welcher ihn befähigt, rechtzeitig den Psychiater zu Rate zu ziehen, so erfordert es die Billigkeit, zu erwarten, daß auch der Irrenarzt sich mit Kriminalistik und Kriminalanthropologie, mit Pädagogik und Heilpädagogik insoweit vertraut macht, um der Gegenseite mit ihrem Wirken und Streben gerecht werden zu können. Die bedeutungvolle Aufgabe, welche so viele Probleme in sich schließt, kann nur von allen Beteiligten erfolgversprechend in Angriff genommen und gelöst werden. Wenn irgendwo, so gilt hier der Satz: in der Beschränkung zeigt sich der Meister — es gibt für alle genug zu tun.

Was wir für Württemberg von irrenärztlicher Seite wünschen würden, wäre:

1. Die Möglichkeit, das gesamte Fürsorgezöglingsmaterial psychiatrisch durchuntersuchen und im Auge behalten zu können;

2. die Einrichtung von psychiatrischen Einführungs- und Fortbildungskursen für das Erziehungspersonal der Rettungsanstalten;

3. Kriminalistische Einführungs- und Fortbildungskurse, geleitet von Strafvollzugbeamten und Strafanstaltärzten gemeinsam für Juristen, beamtete Ärzte und die Vorstände der Rettungsanstalten;

4. die Schaffung einer unter psychiatrischer Leitung stehenden Beobachtungsabteilung für Fürsorgezöglinge beiderlei Geschlechts



Meine Darlegungen haben zur Genüge bewiesen, wieviel auf dem Gebiete der Fürsorgeerziehung zu tun ist. Diese Arbeit wird nur gelingen, wenn alles herbeigezogen wird, was dazu beiträgt, das Erziehungsobjekt nach allen Richtungen hin zu erkennen und verstehen zu lernen. Der Schutz der Allgemeinheit und das Wohl des Staates erheischen gebieterisch, die Ursachen des sittlichen Niederganges mit allen uns zu Gebote stehenden Mitteln zu bekämpfen!

Literatur.

1. Dr. jur. *Schneider*, Die Fürsorgeerziehung Minderjähriger in Württemberg. Stuttgart 1909. J. B. Metzlersche Buchhandlung.
2. Finanzrat Dr. *Schott*, Statistik über die Zwangserziehung Minderjähriger in Württemberg. Württ. Jahrbücher Jg. 1905.
3. Derselbe, Die Fürsorgeerziehung Minderjähriger in Württembrg im Rechnungsjahr 1909. Mitt. des Kgl. Statist. Landesamts. Nr. 2 vom 28. I. 1911.
4. Statistik über die Erfolge der Fürsorgeerziehung usw. Kgl. Ministerium des Innern. Rawitsch 1911.
5. *Landsberg*, Das Recht der Zwangs- und Fürsorgeerziehung. Berlin und Leipzig 1908.
6. *Mönkemöller*, Psychiatrisches aus der Zwangserziehungsanstalt. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 56.
7. *Laquer*, Mitwirkung des Arztes bei der Ausführung des preußischen Fürsorgegesetzes. Viertelj. f. gerichtl. Med. 3. Folge, Suppl. 11.
8. *Seelig*-Herzberge, Psychiatrische Erfahrungen an Fürsorgezöglingen. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 63, 1906, S. 506.
9. *Kluge*, Über Wesen und Behandlung der geistig abnormen Fürsorgezöglinge. Samml. d. Abhdlgen. a. d. Gebiete der pädagog. Psychologie und Physiologie. Berlin 1905.
10. *Tippel*-Kaiserswerth, Fürsorgeerziehung und Psychiatrie. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 62, S. 583.
11. *Wilmanns*, Das Landstreichertum, seine Verhütung und Bekämpfung. Monatsschr. f. Kriminalpsychol.
12. *Kluge*, Über die Mitwirkung des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 64, S. 473.
13. Dr. *Cl. Neisser*, Psychiatrische Gesichtspunkte in der Beurteilung der Fürsorgezöglinge. Halle a. S. Carl Marhold.
14. *E. Thoma*, Untersuchung an Zwangszöglingen in Baden. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 68, S. 699.

Beitrag zu der Lehre vom Querulantenwahnsinn.[1]

Von

Oberarzt Dr. **Buder.**

Der Begriff der Paranoia als einer Krankheit sui generis ist unter dem Einfluß der *Kräpelin*schen Lehre mehr und mehr eingeengt worden. Der Querulantenwahnsinn, wie ihn *Hitzig* und *Kräpelin* definieren, galt aber noch immer als das Prototyp der chronischen Verrücktheit, und noch in der siebenten Auflage seines Lehrbuchs konnte *Kräpelin* schreiben, der Querulantenwahnsinn sei diejenige klinische Form, deren Zugehörigkeit zur Paranoia am wenigsten umstritten sei. Das ist in den letzten Jahren anders geworden. Der Rest der Paranoia, der nach Abspaltung der *Kräpelin*schen Dementia paranoides noch geblieben ist, droht sich zu verflüchtigen.

Specht[2]) spricht der Paranoia die Daseinsberechtigung als selbständige Krankheit überhaupt ab und will sie als ein Zustandbild des manisch-melancholischen Irreseins aufgefaßt wissen. Maßgebend für diese Auffassung war für *Specht* gerade das Studium des Querulantenwahnsinns: nicht nur die Stimmungsanomalie, sondern das ganze Inventarium der Manie lasse sich beim Querulantenwahn feststellen. „Der Querulantenwahn verdient darum nicht den klinischen Namen Querulantenparanoia, sondern Querulantenmanie".

Zu einer wesentlich anderen Auffassung des Querulantenwahnsinns und seiner nosologischen Stellung kommen *Heilbronner*, *Bonhöffer*, *Siefert*, *Wilmanns*, *Rüdin* u. a.

Heilbronner[3]) will den Querulantenwahn von der Paranoia trennen. Die Unterscheidung *Kräpelin*s zwischen echten Querulanten und Pseudo-

[1]) Aus der K. Heilanstalt Winnental (Direktor Medizinalrat Dr. *Kreuser.*)

[2]) *Specht*, Über die klinische Kardinalfrage der Paranoia. Gaupps Centralblatt 1908.

[3]) *Heilbronner*, Hysterie und Querulantenwahn. Gaupps Centralblatt 1907.



querulanten, von denen nur die ersteren zur Paranoia gerechnet werden, hält er nicht für stichhaltig. Nicht Verlauf und Ausgang, der mit Sicherheit nie vorher gesagt werden könne, sondern Beginn und psychopathologische Entwicklung seien das Wesentliche; beim Paranoiker, zum mindesten in den für die Beurteilung wichtigen Beginnstadien, finde sich eine ganz diffuse, krankhafte Eigenbeziehung, beim Querulanten ein wirklicher Beziehungswahn im Sinne einer überwertigen Idee.

Beobachtungen, die in der Hauptsache an Strafgefangenen gemacht worden sind, haben zu der Auffassung des Querulantenwahns als einer Form der Entartung geführt. Nach *Bonhöffer* [1]) handelt es sich beim Querulantenwahn in den meisten Fällen lediglich um paranoische Episoden bei abnorm veranlagten Individuen, die infolge äußerer Verhältnisse entstanden sind und wieder verschwinden können. Sie stehen der *Kräpelin*schen Paranoia im engsten Sinne nahe, sind aber doch nur als äußerlich ausgelöste Reaktionen eines paranoischen, zur Bildung überwertiger Ideen disponierten Temperaments zu betrachten. Einen ähnlichen Standpunkt vertritt *Siefert* [2]): der Querulantenwahn ist keine Erkrankung im eigentlichen Wortsinn, sondern eine künstliche Bildung aus Artung und äußeren Umständen, wie sie das freie Leben nur selten, die Haft um so häufiger und in wechselnder Form hervorbringt.

Wilmanns [3]) [4]) schließt sich dieser Auffassung an. Auch er hält den Querulantenwahnsinn nicht für eine endogene, aus inneren Ursachen heraus sich entwickelnde geistige Störung von unter allen Umständen progredientem Charakter, sondern für die durch ein affektbetontes Ereignis bewirkte krankhafte Entwicklung einer bestimmten degenerativen Anlage.

Ist es richtig, diese Anschauungen, die aus Beobachtungen an den vorwiegend degenerativen Insassen der Strafanstalten hervorgegangen sind, zu verallgemeinern? Sind die Formen des freien Lebens und die der Strafhaft tatsächlich klinisch gleichwertig, sind jene die Entwicklung meist schwererer Grade der Entartung als diese, die das Resultat von Entartung und der Wirkung eines anerkannt schädlichen Milieus sind? *Wilmanns* selbst zweifelte an der Richtigkeit dieser seiner Ansicht, als er einen in der Freiheit erkrankten Querulanten beobachtete, bei dem sich im Laufe der Zeit neben einem gespreizt schrulligen Wesen und einer entschiedenen Abnahme der geistigen Regsamkeit Einschränkung der Interessen, Verlust jeder Neigung zu nutzbringender Tätigkeit, Abblassen

---

[1]) *Bonhöffer*, Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Halle 1907.

[2]) *Siefert*, Über die Geistesstörungen in der Strafhaft. Halle 1907.

[3]) *Wilmanns*, Gaupps Centralblatt 1907, S. 417.

[4]) Derselbe, Zur klinischen Stellung der Paranoia. Gaupps Centralblatt 1910.



der Beeinträchtigungsideen und eine Fülle von Größenideen und gleichsinnigen Erinnerungsfälschungen eingestellt hatte. Allein auf Grund von Beobachtungen, die *Rüdin*[1]) mitgeteilt hat, daß nämlich bei zu lebenslänglichem Zuchthaus Verurteilten die Fälle von Querulantenwahnsinn eine gleich ungünstige Entwicklung nehmen, wenn ihnen keine Gelegenheit zur Heilung gegeben ist, weil die Schädigungen der Haft chronisch werden, hält *Wilmanns* doch an seiner Ansicht der Gleichwertigkeit solcher Fälle fest.

Wir haben im Laufe der letzten Jahre einen Fall von Querulantenwahnsinn beobachten können, der gerade im Hinblick auf die eben skizzierte Frage nicht ohne Interesse ist. Mit Rücksicht auf den mir zur Verfügung stehenden Raum kann ich die sehr ausführliche Krankengeschichte nur im Auszug wiedergeben.

P. K., geboren am 2. April 1861, ist erblich nicht belastet; als Kind soll er kränklich gewesen sein und an Gichtern gelitten haben; mit zwei Jahren habe er eine Gehirnentzündung durchgemacht. Er war ein mittelguter Schüler und schon als Knabe nervös und reizbar: er hat einmal einem Lehrer, der ihn zu Unrecht geschlagen habe, ein Buch an den Kopf geworfen. Er litt längere Zeit an Bettnässen und einige Male an Nachtwandeln; er habe viel an Kopfweh gelitten. Getrunken habe er wie andere auch. Sein ältester, bei der Aufnahme 12 Jahre alter Knabe leidet an Anfällen, in denen er bewußtlos vom Stuhle fällt.

1896 fiel er von einem Baum 10 Meter hoch herab, war 10 Minuten bewußtlos; er war zwei Jahre lang nicht mehr recht arbeitfähig und bekam eine Unfallrente, die er auf Veranlassung seines Schultheißen verloren habe; dieser habe angegeben, daß er wieder alles arbeiten könne, was bewußt gelogen gewesen sei. Verklagt habe er den Schultheißen nicht, weil er gefürchtet habe, dann noch mehr gedrückt zu werden. Mit der Familie des Schultheißen stehe seine Familie schon lange in Streit. Seit er vor fünf Jahren bei einer Gemeinderatswahl gegen den Schultheißen agitiert habe, werde er von diesem überall gedrückt.

Seit 1905 lebt K. in Streit mit seiner Nachbarin. Vor etwa 12 Jahren hatte er ein Haus mit einem Hofraum gekauft und den Hofraum als sein ausschließliches Eigentum betrachtet, bis es seiner Nachbarin einfiel, ein Wegerecht an diesem Hofraum geltend zu machen. Es kam darüber zu einem Prozeß, den K. verlor. Aus den gerichtlichen Akten geht hervor, daß nach den Kaufverträgen der Platz zwischen den beiden Häusern dem K. gehört, daß aber im Jahre 1841 der damalige Besitzer des Hauses des K. dem Besitzer des Nebenhauses erlaubt hat, durch den Zwischenraum zu gehen. Das Gericht ließ es in seiner Entscheidung dahingestellt.

[1]) *Rüdin*. Über die klinischen Formen der Seelenstörungen bei zu lebenslänglichem Zuchthaus Verurteilten. München 1909.



ob der Raum zwischen den Häusern dem K. gehört, und ob das Recht des Durchgehens nur dem damaligen Nachbarn eingeräumt wurde. Es hat aber den Beweis durch verschiedene eidliche Aussagen als erbracht angesehen, daß in den letzten 30 Jahren der Zwischenraum öfter von den jeweiligen Nachbarn als Durchgang benutzt und damit ein Wegerecht ergangen worden sei.

Daß ihm sein jahrelang unbestrittenes Eigentum nun plötzlich von Gerichts wegen nicht mehr unbeschränkt gehören sollte, daran konnten nur die Zeugen schuld sein, die samt dem Schultheißen Meineide geschworen hätten. K. verlor den Prozeß auch in der Berufungsinstanz. Als er die Zeugen wegen Meineid verklagen wollte, tat sein Rechtsanwalt nicht mehr mit, er wandte sich daher an Winkeladvokaten und wurde von der Staatsanwaltschaft abgewiesen und um 100 Mk. bestraft; noch zweimal wurde er bestraft, weil er nicht nachgeben wollte. Nun glaubte er, daß die Staatsanwaltschaft vom Amtsrichter beeinflußt sei; dieser habe es wohl bemerkt, daß er ihm Unrecht getan habe, und wolle es jetzt verhüten, daß es aufkomme. Die Richter seien von vornherein gegen ihn eingenommen gewesen und hätten nur die Zeugen der Gegenpartei vernommen; deshalb habe sein Prozeß so ausgehen müssen. Weil er sein vermeintliches Recht nicht finden konnte, ging K. zum Justizminister. Weil dieser ihn damit begrüßt habe: „Sie sollen, scheint es, ein etwas mißtrauischer Mensch sein", schloß er daraus, daß der Justizminister schon unterrichtet sei. Wahrscheinlich sei der Schultheiß vor ihm beim Minister gewesen; auch alle Rechtsanwälte habe jener beeinflußt; beweisen könne er es nicht, aber er fühle es eben. K. ging zu einer ganzen Anzahl von Rechtsanwälten, die seine Vertretung ablehnten; das habe seinen Grund darin, daß sie einen Verein, einen Bund miteinander hätten. Er habe auch gemerkt, daß sein Rechtsanwalt mit dem der Gegenpartei unter eine Decke stecke.

Jetzt nahm K. seine Sache selber in die Hand, er machte Eingabe um Eingabe, weil er sicher gewußt habe, daß er im Recht sei. Es folgten Meineidsanzeigen an die Staatsanwaltschaft, an den Justizminister. 1000 Mk. allein an Geldstrafen mußte K. bezahlen, im ganzen verlor er etwa 6000 Mk. Er kam Zahlungsbefehlen nicht mehr nach und mußte gepfändet werden. Er verlor schließlich fast sein ganzes Hab und Gut, vernachlässigte Haus und Familie, schickte die Kinder nicht mehr zur Schule und kam darüber auch mit seinem Pfarrer in Konflikt.

Im Februar 1908 kam er von selbst in die psychiatrische Klinik T.; dort gab er an, krank zu sein, er könne nicht mehr recht arbeiten und wolle dafür ein Zeugnis. Mit diesem wolle er zum König und beweisen, daß das Gericht gegen ihn als kranken Mann unrecht vorgegangen sei. Wenn ihm niemand mehr helfe, wende er sich an den König oder werde katholisch und gehe zum Papste, weil ja der evangelische Pfarrer gegen ihn sei.

Nach Hause zurückgekehrt, schloß er sich ein, weil die jungen Burschen des Orts ihm nachstellten. Da man jetzt nicht mehr an einer



geistigen Störung zweifelte, wurde er unter Anwendung von Zwangsmitteln in die Anstalt gebracht (am 12. Mai 1908).

Hier gab er zunächst nur ungern und kurz Auskunft über sein Schicksal; er beschwerte sich vor allem (und anscheinend nicht ganz mit Unrecht) über die Art seiner Behandlung im Bezirksirrenlokal; er erklärte, zu Unrecht in die Anstalt verbracht worden zu sein, und verweigerte anfangs hartnäckig die Nahrung: in der Anstalt wolle er nicht essen, zu Hause habe er genug zu essen. Später gab er an, er habe nichts gegessen, weil er geglaubt habe, daß er dann bälder wieder fortkomme; und wenn er einmal etwas sage, dann bleibe er auch dabei, e i n Wort von ihm sei wie tausend. Er mußte wochenlang mit der Sonde ernährt werden, bis er im Anschluß an einen Besuch seiner Frau wieder spontan Nahrung nahm. Er war immer zurückhaltend; auch über seine Prozeßangelegenheiten hat er erst auf Befragen Auskunft gegeben. In der Anstalt habe er gleich gemerkt, daß man es gut mit ihm meine. Er erzählte weiter, daß die Nachbarin einmal unter seinen Salat im Garten Gift getan habe, so daß seine ganze Familie an diesem Tag Erbrechen gehabt habe. Er beklagte sich auch hin und wieder, daß die Kranken seiner Umgebung ihm keine Ruhe ließen: wie er es auch mache, werde er verhöhnt. Einmal beschwerte er sich darüber, daß er nicht auch, wie ein neben ihm liegender Katatoniker, mit der Sonde durchs linke Nasenloch ernährt werde, sondern durchs rechte. Ob auch Sinnestäuschungen vorhanden waren, ließ sich nicht sicher feststellen. Seine Stimmung war anfangs mehr weniger gereizt. Später wurde die Stimmung gleichmäßiger. Gegen die Ärzte war er immer freundlich und dankbar. Intelligenzdefekte ließen sich nicht nachweisen, ebensowenig war von einer gemütlichen Stumpfheit etwas zu bemerken.

Unbelehrbar und unerschütterlich hielt er aber daran fest, daß ihm Unrecht geschehen sei, auch als er am 4. November 1908 versuchweise nach Hause entlassen wurde. Anfangs schien es, als ob er sich Mühe gebe, wieder hochzukommen; bald aber dehnte er seine Verfolgungsideen weiter aus: der Vertrauensmann des Vereins für rekonvaleszente Geisteskranke, mit dessen Hilfe seine Verhältnisse geordnet werden sollten, wolle ihn um sein Vermögen bringen, der Pfarrer sei die Triebfeder, daß es seinen Kindern schlecht gehe. Die Stimmung wurde immer gereizter, so daß K., um Unheil zu vermeiden, am 4. Februar 1910 abermals in die Anstalt aufgenommen werden mußte, wo er sich seither befindet.

Von selbst spricht er auch jetzt selten von seinen Beeinträchtigungsideen, die er aber bei jedem Anlaß mit mehr weniger starkem Affekt vorbringt. Sie bestehen unverändert fort, und er hat sie auch auf seine neue Umgebung übertragen, wenn sie auch nur gelegentlich geäußert werden; so ist er gegen den Direktor stark gereizt, weil der schuld daran sei, wenn seine Kinder verhungern; die Leute um ihn herum beobachten ihn, sprechen über ihn heimlich. Gerichtliche Zustellungen nimmt er nicht an, da er mit dem Gericht nichts zu tun habe. Das Testament der Mutter,



durch welches er zugunsten seiner Kinder enterbt wird, will er sich nicht gefallen lassen; dieses sei auch nur zustande gekommen, weil der Schultheiß die Mutter betrogen habe; wenn er einmal entlassen werde, dann werde das Recht schon zutage treten; Tyrannen, göttliche und menschliche Erbteilfresser und Gottesverächter müssen sehen, daß Gott Richter ist.

Neben diesen Verfolgungsideen werden seit seiner zweiten Aufnahme aber auch phantastische Größenideen vielfach religiösen Inhalts geäußert und namentlich in seinen zahlreichen, umfangreichen Schriftstücken in breiter Ausführlichkeit entwickelt. Er fühlt sich in besonderem Maße berufen zur Auslegung der Bibel, in der er eine Menge Beziehungen auf seine Person und seine Abstammung findet. Schon vor 30 Jahren sei ihm von einer Zigeunerin sein ganzes Leben vorausgesagt worden, er werde vor Gericht kommen, er werde noch der frömmste Mann und gehöre zum auserwählten Korps. Am Schluß werde ihm Glück auf Glück zuteil werden, gerade das Gegenteil des jetzigen Zustandes. Er habe die Gabe, alles vorauszusehen; schon sein Vater habe diese Gabe gehabt; es werden ihm Dinge eingegeben, die andern Tags wahr werden; auch das habe er vorausgesehen, daß er wieder in die Anstalt müsse. Vor drei Tagen habe er die ganze Luft voll Menschengestalten gesehen, Milliarden von Geistern auf Pferden. Auch Stimmen höre er, vielerlei, namentlich wenn er sich mit keinem Gedanken gegen Gott oder Menschen verfehlt habe. Das seien keine Sinnestäuschungen, sondern göttliche Eingebungen. Auch die heilige Dreieinigkeit habe er in voller Klarheit gesehen. Wenn andere Leute so etwas nicht sehen oder hören, so liege das daran, daß es ihnen am rechten Glauben fehle. Er könne durch Naturkunde einen Blinden sehend und einen Taubstummen hörend und sprechend machen. Geisteskranke, die menschliche Weisheit bis dato noch blindlings als unheilbar erklärt, könne er heilen. Er habe eine geistige Wiedergeburt durchgemacht u. a. m.

Intelligenzdefekte sind auch heute noch nicht nachzuweisen. Die Stimmung ist im allgemeinen gleichmäßig, wird aber gereizt und zornmütig, wenn er auf seine Beeinträchtigungsideen zu sprechen kommt. Zu einer nützlichen Tätigkeit hat er keinerlei Lust; sein Hauptinteresse konzentriert sich auf die Lektüre von Bibel und Gesangbuch. Aus dem körperlichen Befund ist nichts von Bedeutung hervorzuheben.

Bemerkenswert ist, daß die, übrigens beschränkte, Ehefrau des K. ihren Mann nicht für krank hält; die Stimmen, die er hört, sind nach ihrer Ansicht keine Sinnestäuschungen, sondern Eingebungen von oben, Daß ihrem Manne Unrecht geschehen ist, daß er von schlechten Menschen gedrückt worden ist, daß der Schultheiß daran schuld sei, daß es so gegangen ist, davon ist sie ebenso fest überzeugt, wie ihr Mann. Sie hat darüber die Erziehung ihrer Kinder derart vernachlässigt, daß Fürsorgeerziehung angeordnet werden mußte.



Der Wert einer länger dauernden Beobachtung für die Beurteilung des mitgeteilten Falles liegt auf der Hand. Hätten wir den Kranken nach seiner Entlassung aus der Anstalt aus den Augen verloren, so wäre eine gegensätzliche Auffassung gegenüber der oben skizzierten *Wilmanns* nicht zu begründen gewesen. Der erste Beginn im Anschluß an den Entzug einer Unfallrente nach einer nicht unerheblichen Kopfverletzung, eine gewisse Besserung nach Entfernung aus dem schädlichen Milieu durch Aufnahme in die Anstalt, endlich die psychische Infektion der Ehefrau: lauter Züge in dem Krankheitsbild, in denen *Wilmanns* eine Bestätigung seiner Anschauung sieht.

Bei der zweiten Aufnahme aber hatte sich das Krankheitsbild wesentlich geändert: neben den Querulantenwahnsinn, ihn teilweise überwuchernd und zeitweise verdrängend, sind phantastische Größenideen besonders religiösen Inhalts und Sinnestäuschungen getreten. Intelligenzdefekte oder eine gemütliche Abstumpfung sind jetzt so wenig vorhanden, als früher. Eine gewisse Einengung seiner Interessen freilich ist nicht zu verkennen, was vielleicht doch schon den Beginn einer geistigen Schwäche andeutet. Zu einer irgendwie nützlichen Beschäftigung ist K. nicht zu bewegen, daran ist auch die Absicht, wieder einen Versuch mit seiner Entlassung zu machen, gescheitert, weil er es ablehnte, draußen zu arbeiten; die ihn zu unrecht um Hab und Gut gebracht haben, sollen ihn auch jetzt erhalten. Zum Teil sind wohl die jetzt geäußerten Wahnvorstellungen schon während der ersten Aufnahme vorhanden gewesen, nur sind sie damals nicht in Erscheinung getreten; zum Teil scheint es sich dabei auch um Erinnerungsfälschungen zu handeln.

Ich kann mir nun nicht vorstellen, daß eine derartige Entwicklung mit phantastischen Größenideen und Sinnestäuschungen mit der Annahme einer psychologisch verständlichen krankhaften Entwicklung eines Psychopathen vereinbar sein soll. Um ihre Entstehung zu erklären, kann doch wohl nicht die degenerative Anlage und ein affektbetontes Ereignis genügen, selbst wenn, was bei K. nicht der Fall ist, ein schädigendes äußeres Milieu dazu käme. Vielmehr „spricht eine solche Beobachtung für die Existenz einer Form des Querulantenwahnsinns, die, von der heilbaren der Haft verschieden, aus inneren Ursachen fortschreitend zu einem eigenartigen Schwächezustand führt" (*Wilmanns*). Ist diese Annahme richtig, werden der-



artige Fälle von Querulantenwahnsinn wie seither zur Paranoia gerechnet werden müssen.

Man wird gegen diese Auffassung einwenden können, daß es sich im Fall K. nicht um echte Paranoia handle, sondern um Dementia paranoides. Nun ist es immerhin mißlich, gerade im gegenwärtigen Augenblick, wo wir in Erwartung des zweiten Bands seines Lehrbuchs *Kräpelins* neueste Ansicht noch nicht kennen, auf diese Frage einzugehen, zumal da *Kräpelin* selbst die Einordnung der Dementia paranoides in die Gruppe der Dementia praecox nur als eine vorläufige bezeichnet hat. Aber soviel kann doch gesagt werden, daß der Fall K. durch seine Entwicklung wieder einmal die Schwierigkeit einer grundsätzlichen Trennung von Paranoia und Dementia paranoides aufs deutlichste zeigt. Im ersten Stadium der Definition der *Kräpelin*schen Paranoia entsprechend (die Nahrungsverweigerung ist keine selbständige Willensstörung, kein katatonisches Symptom, sondern psychologisch erklärt), weist die zweite Phase, in der phantastische Wahnvorstellungen und zahlreiche Sinnestäuschungen das Krankheitbild beherrschen, die Merkmale der Dementia paranoides auf. Aber eine Demenz ist nicht vorhanden, wenn man nicht die phantastische Wahnbildung als ein Defektsymptom bezeichnen will. Solange wir kein allgemeines befriedigendes Einteilungsprinzip kennen, wird man auf die symptomatologische Beobachtungsweise nicht ganz verzichten können, und der mutmaßliche Verlauf und Endzustand, ein Produkt nicht bloß der pathologischen Affektion, sondern ebenso sehr der individuellen Veranlagung, wird nicht allein maßgebend für die systematische Stellung einer Psychose sein dürfen. Durchaus zutreffend erscheint *Heilbronners* Vorschlag, unter die Dementia paranoides nur diejenigen Fälle mehr oder weniger systematischer Wahnbildung zu rechnen, bei denen von Anfang an Defektzustände auftreten, wie sich das bei den typischen Fällen der Dementia paranoides des Jugendalters tatsächlich zumeist feststellen läßt.



Statistische und klinische Beobachtungen über Veränderungen im Vorkommen und Verlauf der progressiven Paralyse in Elsaß-Lothringen[1]).

Von

Oberarzt Dr. **Hans Joachim.**

Die Frage, ob die progressive Paralyse im Laufe der letzten Jahrzehnte in ihrem Vorkommen überhaupt, wie in ihrem Verlaufe einem Wandel unterlegen ist, ist in neuerer Zeit wiederholt aufgeworfen worden und von verschiedenen Autoren verschieden beantwortet worden. Und ebenso wie schon die Ansichten darüber auseinandergehn, ob eine Zu- oder Abnahme der Paralyse stattgefunden hat, ebenso unterschiedlich sind auch die Angaben, ob und welche Änderungen in der Erscheinungsweise zur Beobachtung gelangt sind. Die Schwierigkeit, diese Fragen mit einiger Sicherheit zu beantworten, ist einmal dadurch gegeben, daß uns erst die letzten 20 Jahre eine überall gleichmäßige und stetige Diagnosenstellung gebracht haben, so daß wir bei Kurvenschwankungen diagnostische Schwankungen ausschließen können, dann aber auch darin, daß das Interesse an dem weiteren Verlauf dieser Krankheit, soweit es wenigstens in den Krankengeschichten zum Ausdruck kommt, nach der definitiv gestellten Diagnose, dem Todesurteil des Patienten, in der Regel grade eine Zunahme nicht erfährt. Einige kurze Beispiele mögen das Für und Wider der gegebenen Antworten beleuchten.

Eine ältere Statistik von *Althaus* läßt in dem langen Zeitraum von 1838—1871 eine Steigerung der Zahl der Paralytiker in England von 12,61% auf 18,11% erkennen; *Régis* bekundet für französische Anstalten eine Zunahme um 33,3%. Und in Deutschland sprechen die

---

[1]) Aus der elsässischen Bezirksanstalt Stephansfeld (Direktor Sanitätsrat Dr. *Ransohoff.*)



Zahlen der Berliner Charité, der Anstalten Eberswalde, Deggendorf für ein Anwachsen der Erkrankungen an Paralyse.

Ein entgegengesetztes Resultat ergeben dafür die Untersuchungen *Stewarts*, *Sommers* für die Anstalt Allenberg, *Eickholt* für Grafenberg, *Stark* und *Baer* für Stephansfeld; andere (*Sprengeler* für Göttingen) können weder das eine noch das andere bestätigen; und während *Kräpelin* noch 1899 sagt, die Häufigkeit dieser Krankheit scheine ihm in stetiger Zunahme begriffen zu sein, äußert er sich 1910 dahin, daß eine gewisse Zunahme der Paralyse als sehr wahrscheinlich zu gelten habe, betont jedoch dabei, daß er aus den statistischen Angaben verschiedener Beobachter nicht ohne weiteres vergleichende Schlüsse ableiten möchte, und verweist darauf, daß die Aufstellung seiner Klinik sogar zu der trügerischen Annahme einer erheblichen Abnahme führen müßte.

Ähnlich gehn auch die Angaben über eine eventuelle Änderung in dem Verlauf und der Erscheinungsweise der progressiven Paralyse auseinander. Das allmählich stärkere Überwiegen der dementen Form, das Zurücktreten der typischen expansiven und agitierten Form, das häufigere Vorkommen von Remissionen wird von den einen (*Mendel*, *Behr*, *Obersteiner*) mehr betont als von den andern (*Kräpelin*). Die von diesem konstatierte Abnahme der Anfälle fanden hingegen *Behr* und *Obersteiner* nicht bestätigt.

Ein abschließendes Urteil mithin scheint über diese Seite der Krankheit, so sehr wir sonst über sie orientiert sind und unser Interesse anderen Gebieten zuzuwenden pflegen, noch nicht gewonnen zu sein. Und doch verdient sie gerade jetzt vielleicht eine größere Beachtung als früher, wo die Hauptursache der Paralyse, die Lues, Gegenstand einer neuen Behandlungsweise geworden ist, deren günstige Erfolge immerhin die Möglichkeit nicht von der Hand weisen lassen, daß auch die metaluische Paralyse einst auf dieser Basis gewissen Änderungen ihres Vorkommens und ihrer Erscheinungsweise unterliegen könnte. Schon jetzt vor solcher Einwirkung vor sich gehende Wandlungen als vorhanden oder nicht vorhanden nachzuweisen und gegebenenfalls deren Richtlinien anzugeben, kann für einstige spätere Untersuchungen von Wert sein und es rechtfertigen, das große schon bearbeitete Paralysenmaterial noch zu vermehren.

Die Aufgabe, die ich mir gestellt, derartige Untersuchungen unter den Paralysen von Elsaß-Lothringen vorzunehmen, fand ich erleichtert durch zwei frühere statistisch-klinische Arbeiten, die ähnliche Zwecke verfolgten, es sind dies ein Vortrag des Direktors der



Anstalt Stephansfeld, *Stark*, „Zur Frage der Zunahme der progressiven Paralyse" aus dem Jahre 1890 und die Arbeit von *Baer* „Die Paralyse in Stephansfeld" aus dem Jahre 1900. Beide zusammen umfassen zeitlich den Abschnitt von 1872—1900 und örtlich die Bezirke Unter- und Oberelsaß mit Ausschluß der Fälle, die in der Straßburger psychiatrischen Klinik Aufnahme fanden, ohne in die Anstalt Stephansfeld weiter zu gelangen. Diese, sowie die lothringischen Paralysen der Anstalt Saargemünd, die elsässischen aus den Jahren 1901—1910 und endlich die oberelsässischen, die in den Jahren 1909 und 1910 der neuen Anstalt Rufach zugeführt wurden, galt es hinzuzufügen und zu einem gemeinsamen Bilde zu vereinen. Dabei bin ich zur Beurteilung von etwa 1000 Krankengeschichten gelangt, aus denen ich 730 als sichere Fälle von progressiver Paralyse ausscheiden und einzeln verwerten konnte. Alle nicht einwandfreien Fälle habe ich nicht berücksichtigt. Für die sonstigen statistischen Berechnungen boten mir die Jahresberichte der Anstalten genügende Unterlagen.

Im einzelnen möchte ich noch vorweg bemerken, daß ich auch die aus dem Ausland id est die nicht aus Elsaß-Lothringen erfolgten Aufnahmen in die Anstalten des Landes mitgezählt und verwertet habe, um einen Ausgleich zu schaffen für diejenigen elsaß-lothringischen Paralytiker, die außer Landes gegangen sind. Ferner werde ich die Resultate zunächst stets getrennt für die verschiedenen Aufnahmebezirke geben, da sie nicht unerheblich voneinander abweichen und erst so auch die Erkennung feinerer Verschiebungen innerhalb des Landes ermöglichen. Und endlich sollen die eingefügten Tabellen einen schnellen Überblick gewinnen lassen.

Wenn *Obersteiner* in seiner Monographie schreibt: „es lautet also die Anschauung vieler Anstaltsärzte der verschiedenen Länder dahin, daß die Paralyse in bedeutender Zunahme begriffen sei," so sind zunächst die Zahlen, die uns die Anstalt Stephansfeld an die Hand gibt, doch von einigem Interesse. Sie umfassen die Jahre 1872 bis 1910 und setzen sich aus Aufnahmen des Unterelsasses und Oberelsaßes zusammen mit Ausschluß der in die Straßburger Klinik gekommenen und nicht überführten Paralysen, freilich nur bis zum Jahre 1908, doch habe ich in diesem Falle die Resultate aus der Anstalt Rufach (1909/10) zu den obigen hinzugeschlagen, um eine für beide Bezirke fortlaufende Statistik zu erhalten. Gewissermaßen als historische

Tabelle I.

Jahrg.	Gesamtaufnahme			Darunter Paralytiker			% -Verhältnis der Paralytiker.		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
1872	92	107	199	21	2	23	22,8	1,8	11,5
1873	111	114	225	17	4	21	15,3	3,5	9,3
1874	75	73	148	15	4	19	20,6	5,4	12,8
1875	97	81	178	21	1	22	21,6	1,2	12,3
1876	92	86	178	17	4	21	18,3	4,6	11,7
1877	89	84	173	21	4	25	23,5	4,7	14,3
1878/9	123	117	240	30	7	37	24,3	5,9	15,4
1879/80	115	97	212	17	5	22	14,7	5,1	10,3
1880/1	123	92	215	31	11	42	25,2	11,9	19,5
1881/2	114	90	204	27	5	32	23,6	5,5	15.6
1882/3	103	77	180	19	4	23	18,4	5,2	12,7
1883/4	100	94	194	22	3	25	22,0	3,1	12.8
1884/5	106	78	184	18	1	19	16,9	1,2	13,2
1885/6	97	95	192	17	0	17	17,5	—	8,8
1886/7	114	102	216	19	5	24	16,6	4,9	11,1
1887/8	117	117	234	7	6	13	5,9	5,0	5,5
1888/9	92	102	194	18	2	20	19,5	1,9	10,3
1889/90	107	95	202	20	6	26	18,6	6,3	12,8
1890/1	126	112	238	23	3	26	18,2	2,6	10,9
1891/2	143	132	275	21	2	23	14,6	1,5	8,3
1892/3	136	152	288	18	7	25	13,2	4,6	8,6
1893/4	127	109	236	18	7	25	14,1	6,4	10,5
1894/5	139	132	271	19	9	28	13,6	6,8	10,3
1895/6	158	150	308	17	8	25	10,7	5,3	8,1
1896/7	179	144	323	17	8	25	9,5	5,5	7,7
1897/8	151	126	277	17	3	20	11,2	2,3	7.2
1898/9	157	141	298	31	9	40	19,1	6,3	13,5
1899/00	162	147	309	25	7	32	15,4	4,8	10,3
1900/1	156	161	317	39	10	49	25,0	6,2	15,5
1901/2	176	165	341	20	16	36	11,4	9,7	10,6
1902/3	189	208	397	27	19	46	14,2	9,1	11,6
1903/04	179	210	389	23	8	31	12,9	3,8	8,0
1904/05	193	196	389	25	8	33	12,9	4.1	8,5
1905/06	198	214	412	26	10	36	13,1	4,7	8,7
1906/07	230	230	460	36	10	46	15,6	4,4	10,0
1907/08	228	271	499	22	12	34	9,6	4,4	6,8
1908/09	230	214	444	27	16	43	11,6	7,5	9.7
1909/10	371	307	678	46	10	56	12,4	5,6	8,3

Reminiszenz aber möchte ich drei Prozentzahlen aus der Zeit der ersten Stephansfelder Paralysediagnosen, aus den Jahren 1856, 57 und 59 voranstellen, die ich Berichten *Dagonets* verdanke, der in dem Jahresberichte von 1856 eine erste und zutreffende Schilderung der „Paralysie générale" gibt: Damals machten die Paralytiker 2,3%, 6,8% und 7,8% der Gesamtaufnahmen aus; selbstverständlich drückt dieses wachsende prozentuale Verhältnis wohl nur die wachsende diagnostische Erkenntnis aus, auch fallen unter den Begriff der progressiven Paralyse damals wie auch noch geraume Zeit später andre organische Hirnerkrankungen. Und nun zu dem 38jährigen Zeitraum von 1872—1910. Wie es meist geschieht, habe ich der größeren Vergleichsmöglichkeit halber die Zahl der Paralytikeraufnahmen in Verhältnis gesetzt zur Zahl der Gesamtaufnahmen und folgende Tabelle für diese Zeit aufstellen können (1. Tab. I auf S. 503).

Überblickt man diese Zahlen, so sieht man ohne weiteres, wie erheblich die einzelnen aufeinanderfolgenden Jahrgänge voneinander abweichen und wie weit die Minima und Maxima voneinander gelegen sind. Wir begegnen bei den männlichen Paralysen 25,2% und 5,9% und bei den weiblichen 11,9% und 0%. Läge auch für die ersten beiden Dezennien noch die Möglichkeit vor, diese großen Schwankungen zu erklären durch solche der Diagnosenstellung, so kann das gleiche für die letzten beiden sicher nicht mehr in Betracht kommen, und die schon von *Stark* gegebene Begründung — sein Hinweis auf die wechselnde Intensität der wirkenden Ursachen und auslösenden Momente — erscheint mir durchaus plausibel. Kehren nun auch Prozentzahlen aus den 70er Jahren im neuen Jahrhundert wieder, so ist doch die Tendenz einer Abnahme ersichtlich. Eine zweite Tabelle, die den Durchschnitt von vier zusammengefaßten Zeitperioden wiedergibt, läßt diese deutlich erkennen:

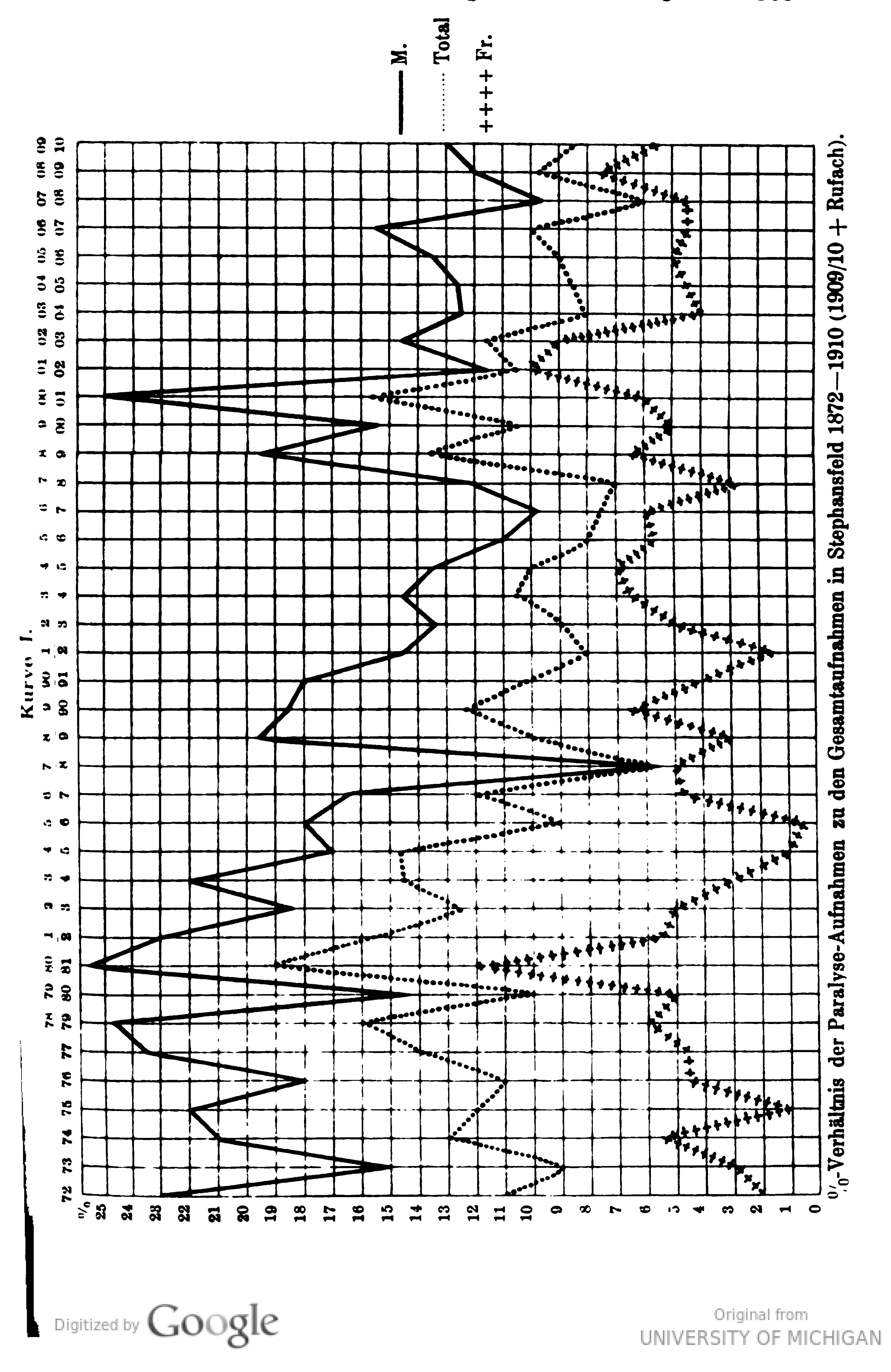
	M.	Fr.	Total
1872—80/81	20,7%	4,9%	12,8%
1880/81—88/89	18,4%	4,3%	12,1%
1888/89—99/00	14,8%	4,5%	9,6%
1899/00—09/10	13,5%	5,5%	9,5%

Noch anschaulicher gibt dies die Kurve I wieder (s. folgende S.).

Die obere Kurvenlinie bezeichnet die Prozentzahlen der paralytischen Männer, die untere die der paralytischen Frauen, die mittlere



Kurve I.



%-Verhältnis der Paralyse-Aufnahmen zu den Gesamtaufnahmen in Stephansfeld 1872—1910 (1909/10 + Rufach).

die beider Geschlechter zusammen. Die männliche Kurve ist zunächst die höherwertige, sie steigt und fällt rapider, aber sie zeigt in ihrem ganzen Verlauf doch eine fallende Tendenz. Nicht so die weibliche Kurve. Sie bewegt sich in niederen Werten, zeigt geringere Schwankungen und hält sich im allgemeinen auf gleicher Höhe mit einer mäßigen Neigung im letzten Dezennium zu steigen. Tabellen und Kurven ergeben somit für den angezogenen Aufnahmebezirk, daß die Totalsumme und der Prozentsatz der paralytischen Männer ständig abgenommen hat, die Ziffer der paralytischen Frauen sich ziemlich gleichgeblieben und erst in den letzten 10 Jahren etwas gestiegen ist.

Vergleichen wir damit die Zahlen, die uns der Aufnahmebezirk Lothringen gibt; seine Anstalt Saargemünd nimmt leider erst seit dem Jahre 1898 eine Trennung der progressiven Paralyse von einer paralytischen senilen Gruppe vor und nur die Angaben *Stössners*, die sich aber summarisch auf die Jahre 1887—1896 erstrecken, lassen das prozentuale Verhältnis der Paralytikeraufnahmen zu den Gesamtaufnahmen für diesen Zeitraum berechnen; es ergeben sich dabei die Zahlen 18,9% für die Männer, 6,1% für die Frauen und 12,9% für beide Geschlechter zusammen. Ich lasse nunmehr die Zahlen folgen, wie ich sie für die Jahre 1898—1909 gefunden habe.

Tabelle III.

Jahrg.	I. Gesamtaufn.			II. Paralyt. Aufn.			III. % -Aufnahme von II/I		
	M.	Fr.	Tot.	M.	Fr.	Tot.	M.	Fr.	Total
1898	83	92	175	13	4	17	15,7	4,4	9,7
1899	90	76	166	12	2	14	13,3	2,6	8,4
1900	86	78	164	16	2	18	18,6	2,8	11,0
1901	108	70	178	10	4	14	9,3	5,7	7,8
1902	109	61	170	24	2	26	22,0	3,3	15,3
1903	128	87	215	24	8	32	20,3	9,2	15,6
1904	100	49	149	10	2	12	10,0	4,1	8,1
1905	113	77	190	20	2	22	17,7	2,6	11,6
1906	97	49	146	11	1	12	11,3	2,0	8,2
1907	94	70	164	17	3	20	18,1	4,3	12,2
1908	101	73	174	18	7	25	17,8	9,6	14,4
1909	107	62	169	22	1	23	20,6	1,6	13,6

Auch die Saargemünder Prozentziffern schwanken zwischen den Extremen 9,3% und 22,0% bei den Männern und 1,6% und 9,6%



Kurve II.

Saargemünd + M. Stoph.

——— M.
.... Fr.
— — — Tot.
+ + + + M. Stph.



bei den Frauen, und auch hier will ich zwei Jahrperioden einander gegenüberstellen:

	M.	Fr.	Total
1898—1903	16,9	4,8	11,8
1904—1909	16,0	4,2	11,5

Eine wesentliche Verschiebung innerhalb dieser Zeit ist mithin nicht zu verzeichnen, wohl aber, wenn wir den gesamten Zeitraum mit den von *Stössner* gefundenen Werten vergleichen.

	M.	Fr.	Total
1887/96	18,9%	6,1%	12,9%
1898/09	16,2%	4,5%	11,6%

Es ergibt sich dann, daß auch Lothringen einen Rückgang seiner Paralyseaufnahmen zu verzeichnen hat. Im Gegensatz zum Elsaß aber halten sich die Prozentziffern seiner männlichen Paralytiker, die in den 80er und 90er Jahren ungefähr mit den elsässischen Zahlen übereinstimmen, im neuen Jahrhundert auf größere Höhe wie diese, eine Erscheinung, die ich mir durch das Anwachsen der lothringischen Industriezentren zu erklären suche, worauf ich noch später zu sprechen komme. Diesen Unterschied veranschauliche ich durch eine Kurventabelle (II, auf voriger S.), in der einmal die lothringischen Zahlen eingezeichnet sind, dazu aber auch die Kurvenlinie der elsässischen männlichen Paralytiker des gleichen Zeitraumes.

Wesentlich anders und nicht ohne weiteres vergleichbar sind endlich die Verhältnisse, wie sie uns die Straßburger Klinik bietet. Der größte Teil aller Paralytiker des Elsasses (des Oberelsasses wenigstens bis zur Eröffnung der Anstalt Rufach) benutzt sie ja nur als Durchgangstation und erscheint in den Prozentzahlen der Bezirksanstalten wieder. Um nun so eine doppelte Buchführung zu vermeiden, habe ich nur die Paralysen der Klinik gezählt, die nicht sofort oder später in unseren Landesanstalten Aufnahme fanden, also die, die in der Klinik starben, nach Haus entlassen wurden, ohne später in den Bezirksanstalten wieder aufzutauchen, und die, die in ausländische Anstalten überführt wurden; ihre Zahlen (B) habe ich dann auch nur in Verhältnis (C) setzen können zur Summe aller der Aufnahmen (A), die das gleiche Schicksal mit ihnen teilten. Auf diese Weise erhielt ich für die Straßburger Klinik folgende Ziffern:



Tabelle IV.

Jahrg.	A			B			C		
	M.	Fr.	Tot.	M.	Fr.	Tot.	M.	Fr.	Tot.
1897	118	142	260	11	1	12	9,3	0,7	4,6
1898	125	136	261	11	1	12	8,8	0,7	4,6
1899	133	136	269	16	3	19	12,0	2,2	7,1
1900	148	144	292	12	2	14	8,0	1,4	4,8
1901	167	173	340	8	3	11	4,8	1,7	3,2
1902	153	124	277	8	4	12	5,2	3,2	4,3
1903	191	143	334	10	1	11	5,2	0,7	3,3
1904	207	143	350	8	2	10	3,9	1,4	2,9
1905	246	200	446	13	1	14	5,3	0,5	3,1
1906	255	172	427	18	0	18	7,1	—	4,2
1907	267	267	534	17	2	19	6,4	0,7	3,6
1908	272	257	529	14	5	19	5,1	1,9	3,6
1909	217	242	459	6	3	9	2,8	1,2	2,0

Die Extreme liegen hier zwischen 2,8% und 12,0% bei den Männern und 0% und 3,2% bei den Frauen, also wesentlich niedriger als z. B. in Saargemünd. Doch möchte ich diesen Werten keine besondere Beachtung schenken, da die andersartige, aber notwendige Art ihrer Berechnung vergleichende Schlüsse nicht einfach erlaubt. Für den Unterschied möchte ich den Umstand verantwortlich machen, daß ja die wenigsten Paralysen nur Aufnahmen der Klinik bleiben, während umgekehrt dies bei einem größeren Teil der übrigen Psychosen der Fall ist. Dies muß notwendigerweise auch in ihrem Verhältnisse zum Ausdruck kommen.

Aber auch so läßt sich ein mäßiges Sinken des Aufnahmeverhältnisses feststellen. Durchschnittlich verhalten sich drei einzelne Jahrperioden wie folgt:

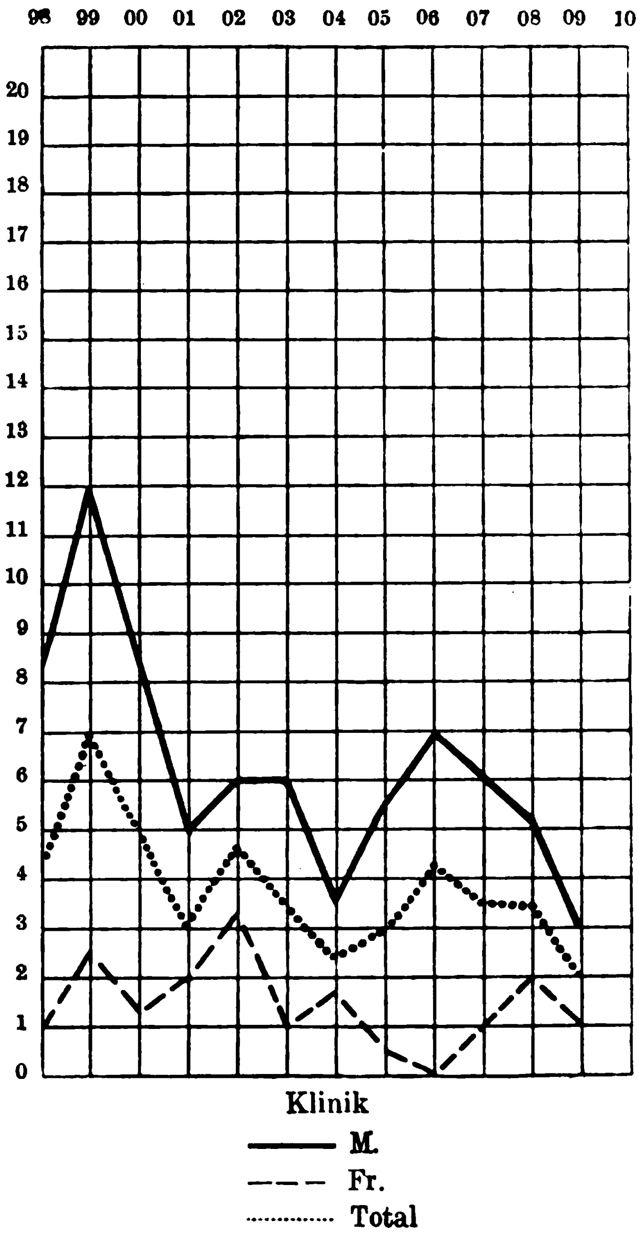
Tabelle V.

Jahrperiode	M.	Fr.	Tot.
1898—01	8,2%	1,5%	4,8%
1902—05	4,9%	1,3%	3,3%
1906—09	5,4%	1,1%	3,3%



Das gleiche zeigt auch die Kurventabelle:

Kurve III.



Paralyt.-Aufn. in $^0/_0$ der Gesamt-Aufn.

So verschieden sich auch für unsre in Betracht kommenden Anstalten somit die Stärke der Abnahme verhält, die Tendenz zu einer solchen ist überall deutlich. Dies tritt am besten in Erscheinung, wenn ich durch Addition der einzelnen Zahlen mir eine Tabelle für ganz Elsaß-Lothringen aufstelle, die in Rücksicht auf die schon gemachten Ausführungen keines besonderen Kommentars mehr bedarf:



Tabelle VI.

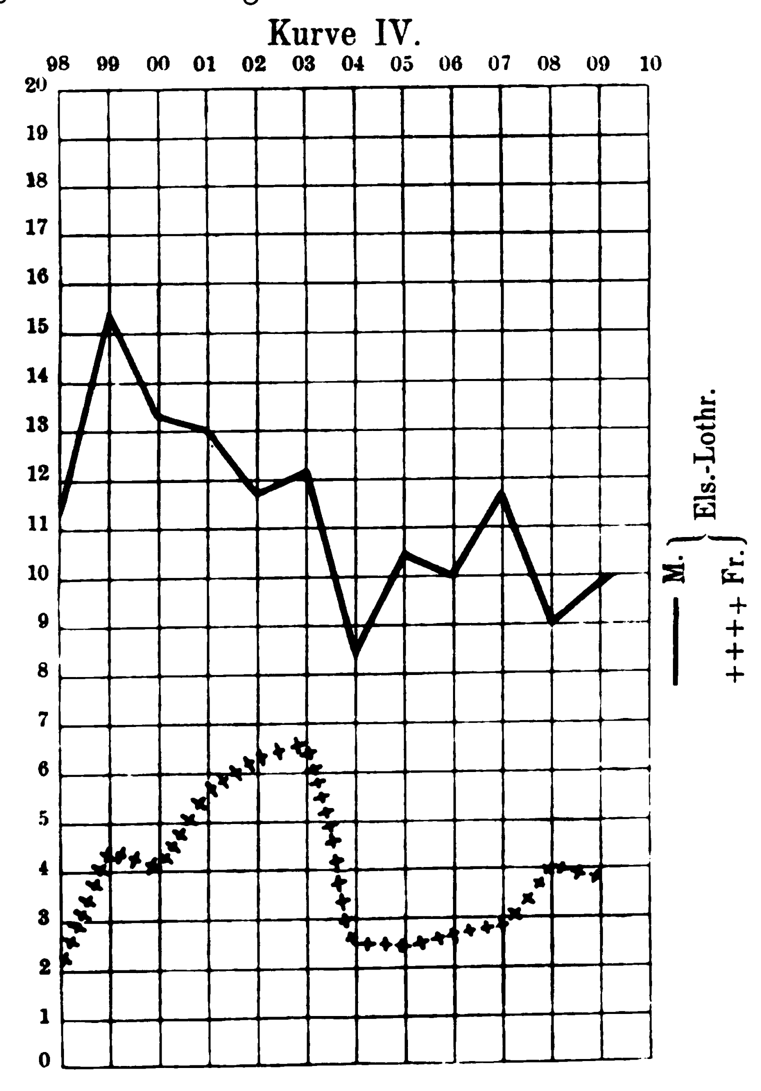
Jahrg.	M.	Fr.	Jahrg.	M.	Fr.
1898	11,4%	2,3%	1904	8,4%	2,8%
1899	15,5%	4,2%	1905	10,5%	2,3%
1900	13,4%	4,1%	1906	10,0%	2,5%
1901	13,2%	5,6%	1907	11,8%	2,6%
1902	11,9%	6,3%	1908	9,0%	4,0%
1903	12,2%	6,4%	1909	9,9%	3,8%

Die Durchschnittswerte für drei einzelne Jahrperioden lauten dann:

1898/1901	13,4%	M. —	4,0%	Fr.
1902/1905	10,7%	,, —	4,4%	,,
1906/1909	10,0%	,, —	3,3%	,,

Und endlich soll eine Kurventabelle das Bild für ganz Elsaß-Lothringen vervollständigen:

Kurve IV.



Hier zeigt die obere Kurvenlinie durch ihr langsames Fallen die allmähliche Abnahme der Paralytikeraufnahmen männlichen Geschlechts, die rote untere läßt erkennen, daß die weiblichen Paralysen sich ziemlich auf gleicher Höhe halten, zum mindesten aber keine Zunahme erfahren. Es ist somit für das Reichsland erwiesen, daß des Prozentsatz der an Paralyse erkrankten Männer allmählich abgenommen, der der Frauen weder nennenswert zu- noch abgenommen hat.

Dieses letztere Ergebnis, die Häufigkeit weiblicher Paralyse betreffend, ist insofern interessant, als es sich nicht ganz mit den Resultaten anderer Untersuchungen deckt. Eine große Reihe von Autoren spricht von einer Zunahme der weiblichen Paralyse und folgert sie aus der Verschiebung in dem Verhältnis der Prozentziffern der paralytischeu Männer und Frauen. Eine solche Verschiebung hat nun freilich auch bei uns stattgefunden; es lauten nämlich die Verhältniszahlen der beiden Geschlechter z. B. für die Anstalt Stephansfeld (+ Rufach) in dem Zeitraum

1872—1880/81	= 4,2	: 1,0
1881—1888/89	= 4,3	: 1,0
1890—1899/1900	= 3,25	: 1,0
1900—1910	= 2,5	: 1,0.

Das ganze Land weist in dem Zeitraum 1898—1901 und 1906—09 das Verhältnis 3,3 : 1,0 und 3,0 : 1,0 auf, also eine geringere Verschiebung in den aber auch jüngeren Zeiträumen. Doch ist bei diesen Verhältniszahlen zu bemerken, daß diese Verschiebung zuungunsten der weiblichen Paralyse mehr durch die Abnahme der männlichen Paralyse als durch die Zunahme der weiblichen zu erklären ist. Eine faktische Zunahme dieser können wir nicht nachweisen, sie ist höchstens eine ideelle, relative. Diese Erscheinung entspricht wohl auch dem Charakter von Elsaß-Lothringen, dessen weibliche Bewohner noch nicht wie anderswo der Industrialisierung verfallen sind.

Die bisherigen Zahlen und Tabellen gebe nun wohl einen Umriß über das Vorkommen der Paralyse in Elsaß-Lothringen, doch sagen sie uns nichts über die Verschiedenartigkeit, mit der die Paralyse innerhalb der einzelnen Landesteile beobachtet wird. Auch hier Veränderungen zu begegnen, müssen wir gefaßt sein. Die Bevölkerung des Landes überhaupt stellt in ihren Lebensbedingungen kein ein-

heitliches Ganze dar. Bezirken mit ausgesprochener, hochentwickelter Industrie wie den lothringischen Kreisen Saargemünd, Diedenhofen West, Metz Ld., den oberelsässischen Kreisen Kolmar, Mülhausen stehen vorwiegend ländliche, acker- und weinbautreibende gegenüber wie die Kreise Weißenburg, Erstein, Wolsheim, Schlettstadt, Rappoltsweiler, Bolchen, St. Avold, Saarburg, und es gewährt einen großen Reiz, zu untersuchen, wie sich die Paralyse auf die einzelnen Kreise verteilt, und ob eingetretene Wandlungen sich durch den im Laufe der Zeit veränderten Charakter des betreffenden Landesteils erklären lassen.

Eine derartige statistische Bearbeitung haben die Kreise des Elsaß bereits im Jahre 1900 in der mehrfach zitierten *Baer*schen Arbeit gefunden. Den dort niedergelegten Prozentzahlen (1872 bis 1900) stelle ich die von mir für die Zeit von 1900—1910 berechneten an die Seite; um vergleichen zu können, beschränkte ich mich in diesem Falle auf die männlichen Aufnahmen der Anstalt Stephansfeld.

%-Verhältnis der Paralytiker zu den männlichen Gesamtaufnahmen.

Kreise	1872—1900	1900—1910
Straßburg (Stadt)	39,0	22,1
Straßburg (Land)	10,8	9,3
Erstein	11,4	5,6
Hagenau	13,9	11,1
Molsheim	11,8	5,9
Schlettstadt	9,8	6,4
Weißenburg	7,9	2,4
Zabern	9,8	5,3
Altkirch	12,4	4,4
Colmar	15,0	12,4
Gebweiler	14,2	6,0
Mülhausen	23,3	15,7
Rappoltsweiler	17,5	7,7
Thann	11,6	7,9
Unterelsaß	15,9	15,7
Oberelsaß	17,0	15,9
Elsaß	16,4	15,7

In dieser Tabelle tritt naturgemäß ebenfalls die relative Abnahme der männlichen Paralysen hervor, die sich auf alle Kreise er-

streckt. Doch ist dieser Rückgang nicht überall ein gleichmäßiger, vielmehr unterscheiden sich die einzelnen Kreise nicht unwesentlich voneinander; so schwanken die Differenzen zwischen 1,5% und 16,9% Abnahme. Auffällig ist dabei die Erscheinung, daß gerade der Kreis mit der höchsten Prozentziffer auch die höchste relative Abnahme aufweist, die Stadt Straßburg (von 39,0% auf 22,1%), während z. B. der benachbarte Kreis Straßburg Land nur um 1,5% zurückgeht. Man ist versucht, dabei an die Entwicklung der Straßburger Vororte zu denken, die ja in den Landkreis fallen. Hervorzuheben sind ferner die großen Unterschiede bei den Kreisen Mülhausen, Gebweiler, Rappoltsweiler, Altkirch, doch möchte ich es nicht wagen, dies mit einem Rückgang der dortigen Textilindustrie in Verbindung zu bringen, denn so einfach liegen ja die Dinge nicht bei der progressiven Paralyse.

Ich habe es mir nicht versagen können, auch für Lothringen eine ähnliche Kreistabelle anzulegen, um den Unterschied zwischen den einzelnen Landstrichen auch hier zu verfolgen. Um aber einen noch besseren Maßstab für die Schätzung zu gewinnen, habe ich in einer gemeinsamen Tabelle für das letzte Jahrzehnt alle Paralytiker, männliche und weibliche, von Elsaß (mit Einschluß der Aufnahmen der Straßburger Klinik) und Lothringen kreisweise zusammengestellt und ihre Summe in Verhältnis gesetzt zur Einwohnerzahl des betreffenden Kreises, so daß die erhaltenen Ziffern sich auf je 10 000 Einwohner beziehen. Damit erhalte ich zugleich auch eine mehr absolute Zahl für das Vorkommen der Paralyse in diesen Kreisen (s. Tab. VIII).

Der fundamentale Unterschied zwischen Stadt und Land springt sogleich in die Augen. Die Kreise Straßburg Stadt, Metz Stadt und in weiterem Abstande Mülhausen, Colmar, Saargemünd erheben sich zum Teil erheblich über den Durchschnitt von Elsaß bzw. Lothringen, es sind die Kreise mit den großen, industriereichen Städten des Landes; interessant ist, daß die beiden Hauptstädte in ihrer paralysenfördernden Tätigkeit sich fast völlig gleichen. Weiterhin ist zu bemerken, daß zwischen den weinbautreibenden Kreisen Straßburg Ld., Molsheim, Schlettstadt, Gebweiler, Rappoltsweiler, Metz Ld. und Château-Salins und den weinbaufreien sich wohl Unterschiede ergeben, die es aber kaum rechtfertigen lassen, daraus weitergehende Schlüsse zu ziehen. Eher ist dies vielleicht angängig bei Berücksichtigung der Bevölkerungs-



Tabelle VIII.

Kreise	Anzahl der Paralyt.	$^0/_{000}$ Verhältnis
1. Straßburg (Stadt) . .	146	8,71
2. Straßburg (Land). . .	27	2,86
3. Erstein.	11	1,72
4. Hagenau	23	2,87
5. Molsheim	10	1,47
6. Schlettstadt	15	2,21
7. Weißenburg	3	0,53
8. Zabern	12	1,36
9. Altkirch	4	0,79
10. Colmar	31	3,21
11. Gebweiler	17	2,75
12. Mülhausen	72	3,95
13. Rappoltsweiler	16	2,66
14. Thann	12	1,97
15. Metz (Stadt)	51	8,5
16. Metz (Land)	21	1,88
17. Bolchen	2	0,47
18. Château-Salins	6	1,29
19. Diedenhofen O. . . .	5	0,87
20. Diedenhofen W. . . .	8	1,07
21. Forbach	13	1,58
22. Saarburg	9	1,36
23. Saargemünd	23	3,14
24. Unterelsaß	247	3,6
25. Oberelsaß	152	2,97
26. Elsaß	399	3,3
27. Lothringen	138	2,24
28. Ausland.	53	—

dichte. Die Kreise mit der größeren Dichtigkeit haben auch die höheren Zahlen aufzuweisen, Straßburg Ld., Hagenau, Erstein, Schlettstadt, Gebweiler, Rappoltsweiler, Forbach, Saargemünd mit 100, 200 und mehr Einwohner pro qkm übertreffen die Kreise Molsheim, Weißenburg, Zabern, Altkirch, Bolchen, Diedenhofen O. u. W., Château-Salins mit 50—100 Einwohnern pro qkm. Dies sind zugleich auch die mehr agrarischen Kreise. Im einzelnen ist der Unterschied zwischen den benachbarten Diedenhofen O. u. W. charakteristisch, bei ungefähr gleicher Dichte hier Minen- und Eisenindustrie, dort Ackerbau. Überhaupt bietet Lothringen mit seiner noch schärferen

Abgrenzung von Industrie- und Ackerbaukreisen als das Elsaß ein noch besseres Beispiel für den Einfluß, den die äußeren Lebensbedingungen wohl für das Zustandekommen der Paralyse ausüben.

Die Bedeutung, die diese „Zivilisation" für die Entstehung der progressiven Paralyse hat, kommt nun aber auch noch in einer anderen Erscheinung zu deutlichem Ausdruck, ich meine, in der Verteilung der Paralyse auf die verschiedenen Schichten der Bevölkerung, auf die Berufe. *Obersteiner* sagt hierzu: „Die Krankheit ist relativ häufiger in höheren als niederen Ständen".

Nach *Baer* waren unter 563 paralytischen Männern der Anstalt Stephansfeld (1872—1900):

a) höhere Beamte, Gelehrte, Künstler	11,5%
b) Offiziere	2,7%
c) Kaufleute	13,7%
d) Niedere Beamte	16,0%
e) Handwerker, Gewerbetreibende . .	32,5%
f) Landwirte	8,7%
g) Tagelöhner, Fabrikarbeiter	14,9%

Es bildeten also die mittleren Stände das Hauptkontingent der Paralytiker, besonders gering war der Anteil der Landwirte im Vergleich zu dem von *Müller* (31,2%) und *Kundt* (37,8%) berechneten. Das gleiche Ergebnis haben im allgemeinen für das letzte Dezennium des gleichen Aufnahmebezirks meine Untersuchungen gehabt, wenn auch vielleicht die Neigung eines gewissen Vordringens in die niederen Bevölkerungsschichten erkennbar wird. Eine relative Verringerung ihres Anteils erfahren dabei die höheren Stände, eine merkbare Vermehrung die Arbeiter und Tagelöhner, während die Landwirte keine wesentliche Änderung zeigen. Ähnlich liegen auch für den gleichen Zeitraum die Verhältnisse bei den Lothringern; ihre Zahlen weichen nicht sehr von denen der Anstalt Stephansfeld ab. Im Gegensatz zu beiden steht dafür die Straßburger Klinik, deren Lage und Aufnahmeverhältnisse zwanglos die höheren Werte bei den höheren Ständen erklären lassen; für das Sinken des Anteils der Handwerker und Gewerbetreibenden freilich weiß ich ohne weiteres keinen plausiblen Grund; beträchtlich ist auch die relative Abnahme der Landwirte hier, und gleich bleibt sich der Anteil der Arbeiter.

Folgende Tabelle erläutert und veranschaulicht die gemachten Angaben:



Tabelle IX.

	Steph.	Steph. + Ruf.	Saarg.	Klinik	Klinik	1900—10		
	72—00	00—10	00—10	94—00	00—10	Els.	Lothr.	Els.-L.
Höhere Beamte, Künstler, Gelehrte	11,5	4,9	2,6	2,1	5,8	5,2	2,6	4,6
Offiziere	2,7	0,8	2,6	1,1	2,9	1,4	2,6	1,7
Kaufleute	13,7	11,9	13,2	15,8	21,4	14,8	13,2	14,3
Niedere Beamte . .	16,0	12,7	13,2	16,8	22,3	15,6	13,2	15,0
Gewerbetreibende Handwerker . . .	32,5	37,7	34,2	40,0	28,2	34,9	34,2	34,7
Landwirte	8,7	7,0	7,9	6,3	1,0	5,2	7,9	5,9
Tagelöhner, Arbeiter .	14,9	25,0	26,3	17,9	18,4	23,1	26,3	23,9

Berufsanteil in Prozent ausgedrückt.

Den so gern und oft zitierten „fehlenden" katholischen Geistlichen habe auch ich bei meinen Untersuchungen nicht entdecken können, ebenso hat sich noch nicht trotz zahlreicher Aufnahmen von Ordensschwestern die paralytische Nonne gezeigt. Für die weiblichen Paralysen habe ich es unterlassen, eine besondere Tabelle zu konstruieren, da die meisten beruflos sind, die wenigen Berufsangaben sich aber nur auf die niederen Stände erstrecken. Eine Paralyse der höheren habe ich nicht konstatieren können.

Daß bei dem Lebensalter, in dem Paralyse vorzukommen pflegt, in weitaus stärkerem Maße die Verheirateten betroffen sein müssen, ist ja nur natürlich. Doch ist die Zahl der Ledigen relativ hoch, *Mendel* zählt 27,1% Ledige, *Obersteiner* 31,2%. So hoch sind unsere Ziffern nicht, doch zeigen die Beispiele der folgenden Tabelle, daß allmählich ein Anwachsen des Anteils der Ledigen stattgefunden hat. Dies könnte damit zusammenhängen, daß im Laufe der Zeit der Beginn der Erkrankung früher fällt oder der Termin der Verheiratung später oder beides zusammen wirksam ist. Die Tabelle gibt die Prozentzahlen an:

Tabelle X.

	Steph. + Ruf.			Klinik		Saargem.			Els.	Loth.	Els.-L.
	97/00	01/05	06/10	97/00	01/10	97/00	01/06	05/10	01/10	01/10	01/10
Verheiratet	75,9	74,6	71,1	75,0	72,0	83,0	77,8	75,8	72,5	76,8	73,4
Ledig . .	20,3	15,3	21,9	20,8	22,9	10,6	17,5	19,4	19,9	18,4	19,5
Verwitwet	2,5	9,9	5,3	4,1	2,0	6,4	4,8	3,2	6,2	4,0	5,7
Geschieden	1,3	0,7	1,8	—	2,0	—	—	1,6	1,7	0,8	1,5



Die Frage nach dem Lebensalter beim Ausbruch der Paralyse findet im allgemeinen dahin eine Beantwortung, daß der größte Prozentsatz in die Periode vom 40. bis 45. Lebensjahre fällt, daß vom 30. Lebensjahre ab ein allmähliches Ansteigen, nach dem 50. ein rapides Sinken statthat.

Bei meinem Material (Bezirksanstalten und Klinik, aus der Zeit nach 1900) habe ich nur einen einzigen Fall von juveniler Paralyse feststellen können. Die Frühformen zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr halten sich für alle drei Aufnahmebezirke auf ungefähr gleicher Höhe, die Zunahme, die sie bei dem einen (Klinik) gefunden haben, wird durch die Abnahme bei dem andern (Saargemünd) ausgeglichen. Das vierte Lebensjahrzehnt zeigt in Saargemünd eine beträchtliche Zunahme, während es in der Klinik auf derselben Höhe sich hält und in Stephansfeld nicht unbedeutend abfällt. Dabei sind die Ziffern der Klinik wesentlich höher als die der Bezirksanstalten. Umgekehrt verhält sich grad das nächste fünfte Jahrzehnt mit den höchsten Prozentzahlen. Hier zeigen die Bezirksanstalten die höheren Werte; im einzelnen steigen die Stephansfelder Ziffern, sinken etwas die der Klinik und unter erheblicher Schwankung die von Saargemünd. Im sechsten Dezennium fallen nur die Zahlen dieser Anstalt, während sie sonst ziemlich unverändert bleiben. Jenseits des 60. Lebensjahres konnte ich im ganzen nur 7 Fälle zählen.

Übersieht man jedoch die Resultate des ganzen Landes, so ergibt sich, daß die Schwankungen, die im einzelnen die Dezennien im Verlauf der Jahre zeigen, sich zusammen ausgleichen und sich überhaupt erhebliche Veränderungen in dem Anteil der verschiedenen Jahrzehnte nicht nachweisen lassen.

Leider hat *Baer*, der Bearbeiter der Zeit vor 1900, sich nur summarisch ausgesprochen.

Tabelle XI (s. folgende S.) enthält die Prozentzahlen der einzelnen Dezennien, innerhalb deren die Paralyse zum Ausbruch gelangte.

Bemerkenswert bleibt, daß die Prozentzahlen des vierten Jahrzehnts im ganzen Lande nicht sehr unter denen des fünften sich halten im Gegensatz zu Resultaten anderer Länder.

Die Dauer der Erkrankung zu bestimmen, begegnet gewissen Schwierigkeiten, da die Angaben über den Beginn der Erkrankung oft unzuverlässig, unsicher und unbestimmt sind. Wenn ich auch

Tabelle XI.

Lebensjahre	Steph. u. Ruf.			Saargem.			Klinik			Elsaß-Lothr.		
	97—00	01—05	06—10	97—00	01—05	06—10	95—00	01—05	06—10	97—00	01—05	06—10
0—20												0,4
20—30	2,8	3,1	3,2	0	9,1	3,1	0	2,9	7,7	1,4	4,8	4,0
30—40	41,7	38,3	31	29,8	48,5	45,3	51,4	50	51,9	38,4	42,9	38,3
40—50	37,5	40,6	48,1	53,2	28,8	40,6	37,8	32,3	32,7	43,8	35,9	43,4
50—60	16,7	15,6	15,8	14,9	13,6	9,3	8,1	14,7	7,7	14,4	14,9	12,9
60 und darüber	1,4	2,3	1,9	2,1	0	1,6	2,7	0	0	2,0	1,3	1,5

versucht habe, für die letal geendeten Fälle die Dauer der Erkrankung zu bestimmen, so bin ich mir wohl bewußt, daß die erhaltenen Resultate doch nur einen sehr beschränkten Wert haben können. Und wenn ich gar finde, daß *Baer* für die Paralysen in Stephansfeld als durchschnittliche Dauer der Männer 2 Jahr 9 Monate, der Frauen 3 Jahr 11 Monate berechnet hat, ich dagegen für jene 2 Jahr 7 Monate, so kann ich doch nicht so recht glauben, daß tatsächlich eine Verkürzung im letzten Dezennium sich ergäbe, es widerspräche zu sehr den allgemeinen Erfahrungen und auch eigenen Eindrücken der Praxis. Hier muß es sich meines Erachtens um subjektive Fehlerquellen handeln. Immerhin will ich meine gefundenen Werte in einer Tabelle folgen lassen, deren Ziffern prozentualiter ausdrücken, wieviel der aufgenommenen Paralysen 1, 2 usw. Jahre gedauert haben:

Tabelle XII.

Dauer	0—1	1—2	2—3	3—4	4—5	5—10	10 Jahre u. m.
1897—00	25,5	21,4	18,4	12,2	10,2	11,2	1,0
1901—05	13,8	20,4	26,9	15,6	8,9	13,2	1,2
1905—09	27,3	25,3	22,0	13,3	6,0	6,0	0

Dazu möchte ich bemerken, daß das letzte Quinquennium, dessen Aufnahmen ja zum Teil noch leben, naturgemäß in den Kolumnen 0—3 hohe Zahlen aufweisen muß, also nicht gut zu irgendwelchen Schlüssen verwandt werden kann. Im übrigen läßt sich aus der Tabelle innerhalb des beurteilten Zeitraums vielleicht eine geringe Verlängerung der Dauer herauslesen.

Eine statistische Prüfung der ätiologischen Faktoren, die für die Entstehung der Paralyse verantwortlich zu machen sind, hat heute nicht mehr die Bedeutung wie früher, wo es galt, gegebenenfalls auf



diesem Wege die Frage zu lösen. Es besteht wohl zurzeit kein Zweifel mehr darüber — das haben die *Wassermann-Plaut*schen Untersuchungen ergeben —, daß ohne Syphilis keine Paralyse entsteht. Ob wir nunmehr bei so oder soviel Prozent unsrer Paralytiker Lues als sicher oder wahrscheinlich nachweisen können, hat eigentlich nur noch den Zweck, uns erkennen zu lassen, wie schlecht unsere anmnestischen Angaben beschaffen sind. Und daß sie herzlich dürftig sind, das lehren die Zahlen, die ich bei 505 Paralysen der letzten 10 Jahre in Elsaß-Lothringen fand; nur 109 mal konnte ich Lues als sicher annehmen (21,6%) und 95 mal als wahrscheinlich (18,8%). Es lohnt sich nicht, im einzelnen hier nach Veränderungen zu suchen.

Unter der gleichen Zahl von Paralysen konnte ich 83 mal Alkoholmißbrauch verzeichnet finden, also 16,4% Potatoren, für die Anstalt Stephansfeld allein gar nur 13,8%. Bei ihren Gesamtaufnahmen des gleichen Zeitraums (1901—1910) waren dagegen 20,5% Trinker zu finden. Diese Tatsache der geringeren Alkoholantezedentien bei Paralytikern im Vergleich zu den Gesamtaufnahmen hat schon *Stark* an unsrer Anstalt ebenfalls für einen zehnjährigen Zeitraum feststellen können, nur mit dem Unterschied, daß damals höhere Zahlen sich ergaben, für die Paralytiker 22,7% und für die Gesamtaufnahmen 29,4% Potatoren. Auch *Baer* berechnet bei 23,2% der Paralytiker Alkoholmißbrauch. Wir haben es also in Elsaß-Lothringen mit einem geringen Prozentsatz von Potatoren unter unsern Paralytikern zu tun, zudem noch mit einer Abnahme desselben, die freilich auch mit einem allgemeinen Rückgang der Trunksucht Hand in Hand zu gehen scheint. Ähnlich wie *Stark* nachgewiesen hat, daß kein Parallelismus zwischen Paralytiker- und Alkoholikeraufnahmen in den einzelnen Kreisen des Elsasses besteht, habe ich schon an früheren Stellen gezeigt, daß sich keine Gesetzmäßigkeit zeigt zwischen dem Auftreten der Paralyse und der Betätigung des Weinbaus.

Das Trauma, dem die gleiche ätiologische Rolle wie dem Potus zugeschrieben wird, fand ich unter 505 Fällen 17 mal erwähnt als direkte Ursache, also bei 3,4%. *Baer*s Statistik gibt fast das Doppelte, 6%. Der Unterschied erklärt sich wohl aus dem größeren Interesse, das damals diesem ätiologischen Faktor zuteil wurde.

Eine ähnliche Differenz wie beim Alkoholmißbrauch zwischen den

Prozentzahlen der Paralytiker und der Gesamtaufnahmen ergibt auch die Berechnung der Heredität. Für die Anstalt Stephansfeld fand ich bei den Paralytikern der Jahre 1901—1910 nur in 9,8% der Fälle hereditäre Belastung verzeichnet im Gegensatz zu 37,3% bei den Gesamtaufnahmen. *Bur* fand 17% erblich belastete Paralytiker. Für Elsaß und Lothringen erhielt ich in den Jahren 1901—1905 13,7% und in den Jahren 1906—1910 10,7%. An und für sich haben diese Zahlen keinen so hohen Wert, da der Begriff der Heredität ganz verschiedener Auffassung unterliegt; daher auch die großen Unterschiede bei den Angaben der meisten Autoren (*Ziehen* 40%, *Kräpelin* 50%, *Siemerling* 11%, *Westphal* 5,4%).

Unstreitig das interessanteste Kapitel bildet die Beantwortung der Frage, ob die progressive Paralyse heute eine andere ist wie vor Jahren, ob sich eine Änderung ihres Charakters. kenntlich durch eine solche der Verlaufsform, bemerkbar macht. Bevor ich dieser Frage mit statistischem Material nähertrete, kann ich es mir nicht versagen, etwas von dem Eindruck wiederzugeben, den ich beim Lesen von Krankengeschichten erhielt, deren Abfassung nicht mehr als 10 Jahre zurücklag, und deren Einträge ich nun verglich mit unsren heutigen. Ich muß sagen, der Unterschied war ein so sinnfälliger — nicht nur bei einzelnen Fällen —, daß man am liebsten ohne weiteres die Frage nach einem Wechsel mit Ja beantwortet hätte.

Schon äußerlich tritt dieser Unterschied zutage. Die älteren Krankengeschichten waren interessanter gewissermaßen, weil sie mehr Abwechselung boten, aus demselben Grunde wohl auch umfangreicher. Ihre Schilderungen farbiger, ihre Einträge häufiger, durch den öfteren Wechsel des Zustandbildes veranlaßt, und ihr Inhalt nicht so oft durch die Stereotypie des Stat. idem verunziert. Ein weiteres Merkmal, daß die einzelnen Verlaufsbilder bei weitem nicht so oft sich ähnlich sahen wie heute. Nur eins haben sie im Gegensatz zu den heutigen gemeinsam, die so oft, so viele Mal wiederkehrende Bemerkung: „Erregt, ins Einzelzimmer" oder tobt, zerreißt, Injektion von 0,001 Hyoscin" und deren beliebig zu vermehrende Varianten. Bei uns in Stephansfeld sehn wir damals meist den neuaufgenommenen Paralytiker in die „Loge" (unruhige Abteilung) wandern, Morphium- und Hyoscininjektionen bleiben im weiteren Verlaufe wohl keinem erspart. Und doch beweist die Schilderung des Erregungszustandes, daß diese Maßnahmen durchaus am Platze. Bis zu Wochendauer müssen einzelne in mehrfacher Wiederkehr in der Zelle isoliert werden, und erst spät nach ihrer Aufnahme treten sie den Weg zur Pflegeabteilung an. Mein persönlicher Eindruck aus der Praxis



der letzten Jahre ging ja schon dahin, daß unsre Paralytiker jetzt ruhiger sein müßten als früher; so bedeutend, wie er mir hier entgegentrat, hatte ich mir jedoch den Unterschied nicht vorgestellt. Was mich Stephansfeld lehrte, fand ich auch ähnlich in Saargemünd bestätigt, wenn auch nicht so augenfällig. Anders stellte sich die Straßburger Klinik dar, naturgemäß, da sie ja meist nur relativ kurze Zeit und in den ersten Stadien die Paralytiker beherbergt; hier ließen sich derartige greifbare Unterschiede nicht feststellen.

Das häufigere und protrahierte Auftreten von Erregungszuständen verschiedenster Art also kennzeichnet die früheren Paralysen im allgemeinen. Im einzelnen kam es ferner damals eher zu ausgedehnten Anfallserien als heute, aber die Häufigkeit der Anfälle selbst konnte natürlich erst eine statistische Zusammenstellung entscheiden.

Wesentlich anders aber spiegelt sich die heutige Paralyse in den Krankengeschichten wieder. Schon die Aufnahmen erfolgen — in Stephansfeld — in überwiegender Zahl sofort in die Pflegeabteilung, die gewissermaßen Paralytikerabteilung geworden. Das dort zur Verfügung stehende e i n e Einzelzimmer wird meist nur aus Gründen der Überfüllung belegt; die Notwendigkeit seiner Belegung aus inneren Gründen macht sich bei unsern Paralytikern äußerst selten geltend; geschieht es, so ist die Isolierung doch nur von kürzerer Dauer. Auch das seit dem Jahre 1908 in Betrieb befindliche Dauerbad wird nur in geringem Umfange und für kurze Zeit von Paralytikern benützt. Die Erregungszustände klingen meist rascher ab, rezidivieren nicht so häufig und anhaltend und erreichen auch nur selten noch ihre frühere Heftigkeit. So kommt es, daß die Morphium- oder Hyoscininjektion eines Paralytikers ein seltenes Ereignis darstellt, so selten, daß — bei dem auch sonst seltenen Bedarf — die trockengewordene Spritze ihren Dienst versagt. Kurz, die Paralytiker sind heute vielmehr Gegenstand der Pflege als der Überwachung geworden. Deshalb erscheinen auch die Krankheitschilderungen eintöniger, übereinstimmender, uninteressanter.

Nach diesem Bilde, das mehr einen rein persönlichen Eindruck wiedergibt, sollen nunmehr die Zahlen objektiv die Frage beleuchten, die ich gewonnen habe aus dem Einzelstudium von 652 Paralysen. Ich habe dabei versucht, mich frei zu machen von der Einwirkung einer leitenden Vorstellung, wie sie etwa das subjektive Vorurteil geben konnte.

Der Form nach unterschied ich dem allgemeinen Beispiel folgend die vier Gruppen der dementen, expansiven, agitierten und depressiven Paralyse; Fälle, die mir nach dieser Richtung dauernd unklar blieben oder wegen der Kürze der einmaligen Beobachtung bleiben mußten, schied ich gänzlich aus. Das untersuchte Material umfaßt sämtliche Paralysen aller in Betracht kommenden Anstalten Elsaß-Lothringens vom Jahre 1897—1910. Dabei kam ich zu dem in Tabelle XIII niedergelegten Resultat. Sie gibt die Zahlen der Klinik und der drei Anstalten des Landes zusammen an, während die drei folgenden Tabellen XIV—XVI nur die einzelnen Anstalten umfassen.

Tabelle XIII.

Jahrperiode	Zahl d. Fälle	dem.		exp.		agit.		depr.	
		Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
1897-1900	147	78	53,1	43	29,3	13	8,8	13	8,8
1901-05	233	137	58,8	53	22,7	21	9,0	22	9,4
1906-1910	272	185	68,0	57	20,9	21	7,7	10	3,7

In den drei Jahrperioden begegnen wir also einem stetigen Anwachsen der dementen Form von 53,1% auf 68,0%, also um 14,9%, einer dauernden Abnahme der expansiven Form um 8,4% (von 29,3% auf 20,9%); im Gegensatz dazu weist geringe Schwankungen auf die agitierte Form mit dem Endresultat einer kleinen Abnahme, so die depressive Form mit dem einer etwas größeren. Die einzelnen Faktoren, die dieses Ergebnis zeitigen, verhalten sich nun aber keineswegs ebenso, vielmehr differieren sie nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ, indem sie da Abnahme zeigen, wo die Gesamtziffer auf Zunahme weist. Dies erläutern die Einzeltabellen für die Anstalten Stephansfeld und Rufach zusammen (Tab. XIV), für Saargemünd (Tab. XV) und für die Straßburger Klinik (Tab. XVI).

Tabelle XIV (Stephansfeld und Rufach).

Jahrg.	Zahl d. Fälle	dem.		exp.		agit.		depr.	
		Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
1897—1900	73	36	48,5	21	28,8	9	12,3	7	9,6
1901—1905	133	83	62,4	27	20,3	13	9,8	10	7,5
1906—1910	164	114	69,4	33	20,1	13	7,9	4	2,4



In Stephansfeld zeigt sich also eine ganz erhebliche Zunahme der dementen Form (um 20,9%) und eine gleichmäßige Abnahme der anderen Formen.

Tabelle XV (Saargemünd).

Jahrg.	Zahl d. Fälle	dem.		exp.		agit.		depr.	
		Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
1897—1900	47	26	55,3	13	28,0	3	6,3	5	10,6
1901—1905	70	39	55,7	18	25,7	6	8,6	7	10,0
1906—1910	64	49	76,6	9	14,1	5	7,8	2	3,1

Ebenfalls finden wir bei den Saargemünder Paralysen ein beträchtliches Anwachsen der dementen Form um 21,3%, ferner ein Zurückgehen der expansiven um 13,9%, der depressiven um 7,5%, dagegen eine geringe Zunahme der agitierten um 1,5%.

Tabelle XVI (Straßburg).

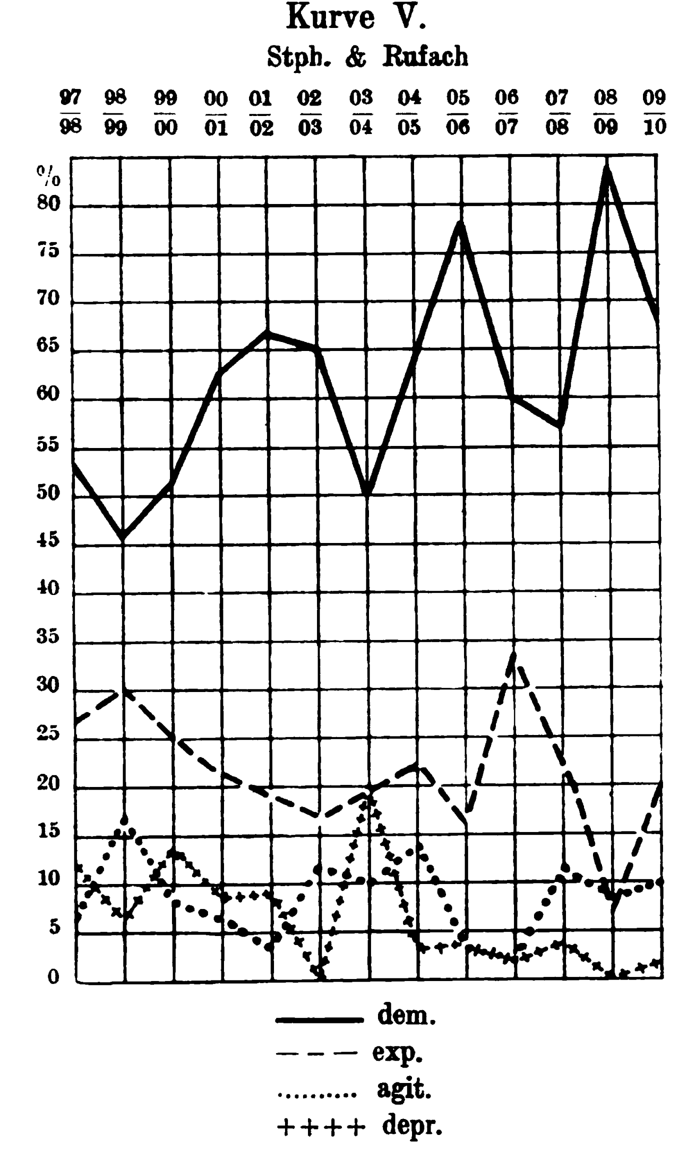
Jahrg.	Zahl d. Fälle	dem.		exp.		agit.		depr.	
		Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
1895—1900	38	25	67,5	10	26,3	1	2,6	2	5,3
1900—1905	34	15	50,0	8	26,7	2	6,7	5	16,7
1905—1910	52	22	50,0	15	34,1	3	6,8	4	9,1

Die Straßburger Klinik weist im Gegensatz zu den Landesanstalten ein ganz anderes, fast umgekehrtes Bild auf. Hier nimmt die demente Form um 17,5% ab, die übrigen nehmen um 7,8%, 4,2% und 3,8% zu. Dieser Gegensatz erklärt sich dadurch, daß die Fälle der Klinik — es handelt sich bekanntlich um solche, die nicht später in die Landesanstalten Aufnahme fanden, nur relativ kurze Zeit beobachtet wurden, so daß die später vielleicht den Verlauf beherrschende Demenz noch nicht so zum Ausdruck gelangen konnte. Je schneller Entlassungen erfolgten, desto eher sind die erregten Formen vorherrschend.

Folgende drei Kurventabellen endlich sollen diese Unterschiede noch anschaulicher darstellen. Die schwarzen Linien bezeichnen die Entwicklung der dementen Form, die gestrichelten die der expansiven, die punktierten die der agitierten und die durch Kreuze gebildeten die der depressiven.

Kurve V.

Stph. & Rufach



Die dauernde Tendenz der Zunahme der dementen Form in den beiden ersten (S. 525 u. 526), der Abnahme in der dritten Kurve (S. 527) tritt dabei sehr deutlich hervor.

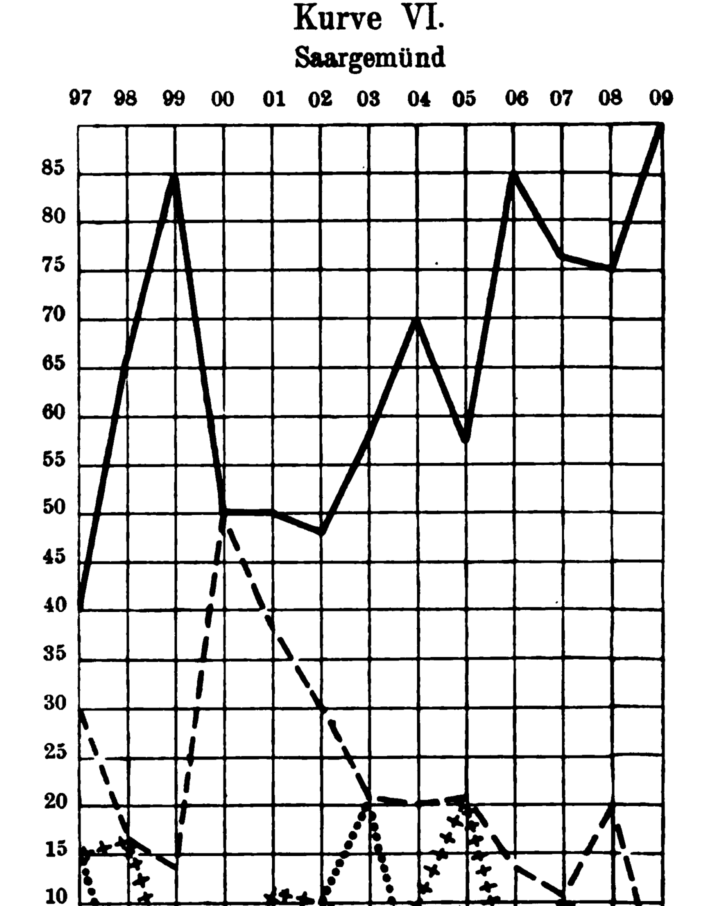
Kürzer kann ich mich fassen bei der weiteren klinischen Beobachtung. Taboparalyse kam im Zeitraum von 1897 bis 1900 im ganzen Land in 2,7% der Fälle vor, von 1901 bis 1905 in 4,3% und von 1906 bis 1910 in 6,3%.

Paralysen, in deren Verlauf sich paralytische Anfälle einstellten, zählte ich 1897—1900 21,8%, 1901—1905 21,9% und 1906—1910 17,6%, mithin läßt sich eine geringe Abnahme des Auftretens von Anfällen konstatieren.



Kurve VI.

Saargemünd



Deutliche Remissionen zeigten sich in denselben Zeitabschnitten in 1,4%, 1,7% und 4,0% der Fälle. Es wäre also jetzt das Vorkommen dieser ein häufigeres Ereignis.

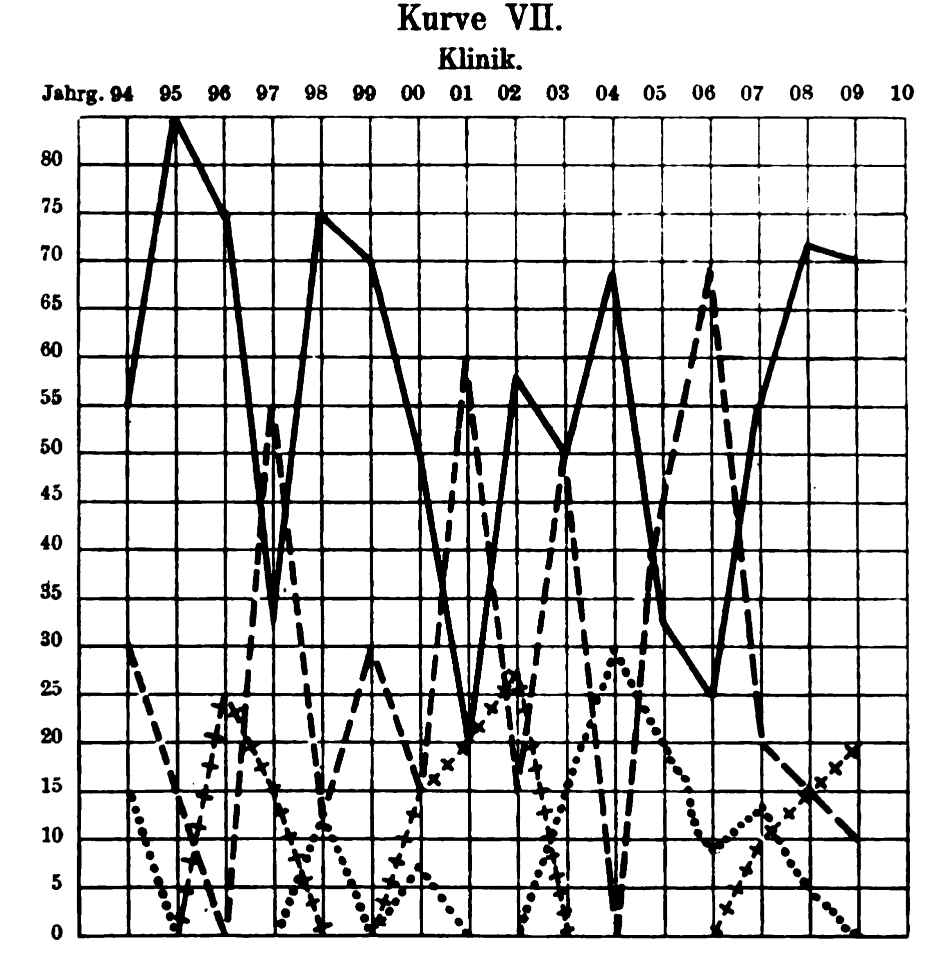
Zum Schluß möchte ich noch einmal die wesentlichsten Punkte zusammenfassen, in denen sich Änderungen in dem Vorkommen und Verlauf der progressiven Paralyse feststellen ließen. Im allgemeinen ist die Frage nach solchen Veränderungen mit einem Ja zu beantworten, und zwar zeigten sich solche:

1. bei der Zahl der aufgenommenen männlichen Paralytiker. Sie ist im Verhältnis zu den Gesamtaufnahmen allmählich gesunken;

2. bei der Verteilung der männlichen Paralysen auf die einzelnen Kreise des Landes. Es ließen sich nicht unwesentliche Verschiebungen hier nachweisen;



Kurve VII.
Klinik.



3. bei der Verteilung der männlichen Paralysen auf die Berufe; ein wenn auch geringes Vordringen in die niederen Schichten ist unverkennbar;

4. bei dem Anteil der Ledigen an der Erkrankung, der eine Steigerung erfahren hat;

5. bei der Dauer der Erkrankung, die eine aber nur geringe Verlängerung aufweist;

6. bei dem ätiologischen Faktor, dem Potus, der deutlich seltener in der Anamnese erscheint;

7. bei der Erscheinungsweise der Paralyse; die dementen Formen überwiegen mehr und mehr die übrigen;

8. Anfälle scheinen seltener aufzutreten;

9. Remissionen sind ein häufigeres Vorkommnis geworden;

10. Tabes scheint sich häufiger mit der Paralyse zu vergesellschaften.



Literatur.

1. Allgemeine Zeitschrift f. Psych. Bd. 37, 41, 50, 54, 56.
2. Archiv f. öffentl. Gesundheitspfl. in Els.-Lothr. XIV, 1.
3. Arch. f. Psych. 26 (*Wollenberg*).
4. Charitee-Annalen XI (1886).
5. *Baer*, Die Paralyse in Stephansfeld. Dissertation Straßburg 1900.
6. Jahresberichte d. Anstalten Stephansfeld und Saargemünd.
7. Journ. of ment. sc. Bd. 47 (*Stewart*).
8. *Kräpelin*, Lehrbuch f. Psych. 1899 u. 1910.
9. Med. Times and Gazette 1876.
10. Neurol. Zentralbl. 1898.
11. *Obersteiner*, Die progress. allgem. Paralyse.
12. *Régis*, Sur la paralysie etc. L'Encéphale 1883.



Ein Fall von akuter Psychose nach chronischem Veronalgebrauch.

Von

Dr. **Hans Laehr** in Schweizerhof.

Ein Fall von akutem Irresein nach 6½jährigem Veronalgebrauch scheint mir der Veröffentlichung wert, weil er auf der Höhe große Ähnlichkeit mit dem alkoholischen Delirium und in den letzten Tagen mit dem halluzinatorischen Wahnsinn der Trinker zeigte, dabei aber doch bemerkenswerte Abweichungen darbot. In der Literatur habe ich ähnliche Fälle nicht gefunden, vielleicht weil ein so langer und dabei regelmäßiger Veronalgebrauch überhaupt selten vorkommen dürfte. Ich bringe die Krankengeschichte ohne wesentliche Abkürzung, da so der Vergleich der äußeren Beobachtung mit den nachträglichen schriftlichen und mündlichen Angaben der Pat. über die Zeit der Krankheit ermöglicht wird. Man sieht daraus, daß die Erinnerung namentlich für die letzten Tage der Krankheit verhältnismäßig gut erhalten war, und zugleich werden manche Einzelheiten verständlicher.

Frau X., 53 J. alt. Der Vater starb mit 70 J.; die Mutter hatte in ihren letzten Lebensjahren Morphium gebraucht und starb im 56. Jahre (Ursache dem Manne nicht bekannt. Vgl. damit die Angaben der Pat. unter dem 21. 5., S. 549). Eine Schwester starb mit 16 Jahren an einem Gehirnleiden. — Pat. selbst war als Kind ziemlich kräftig, besuchte die Töchterschule mit gutem Erfolg. Stets sehr lebhaft, oft sehr vergnügt, aber nie ohne Klagen, zu unnötigen Befürchtungen und Unzufriedenheit neigend. 1884 Hochzeit. Glückliche Ehe, aber daneben stets Mädchenärger, immer etwas, was zur Verstimmung Anlaß gab. 4 Kinder, 26, 25, 24, 18 Jahre alt, gesund. Entbindungen und Wochenbetten normal; nicht selbst genährt. Seit etwa 10 Jahren öfters Schlafmittel und Brom. Vor 7 Jahren Scheidung einer unglücklich verheirateten Tochter; Pat. dadurch sehr mitgenommen, schlaflos, erhielt Veronal und nahm dies seitdem regelmäßig, in letzter Zeit auch Medinal, 1—1½ Tabletten (vgl. S. 547 unter d. 16. 5.). Geistige Getränke genoß sie stets nur sehr wenig,

in den letzten Jahren ganz ausnahmweise und in kleinen Quantitäten. Tagüber war Pat. stets klar und geordnet, stand der Wirtschaft vor und disponierte verständig; nur morgens oft wie berauscht. Im letzten Jahre stets bedrückt; keine Angstzustände, aber hin und wieder Lebensüberdruß geäußert, das Leben habe für sie keinen Wert; nie Suizidversuche. Vom 2. Februar bis 13. März 1912 Erholungsreise mit dem Gatten nach dem Süden, nahm aber andauernd Schlafmittel. Von da ab wieder zu Hause. Hier Enttäuschung, daß der Sohn nicht in das Regiment in N. eintreten konnte. Pat. wurde im Anschluß hieran unruhiger, nahm das Schlafmittel in größeren Dosen, zuletzt 1½ bis 2 Medinaltabletten oder 1—1½ Veronaltabletten, manchmal in der Nacht auch vielleicht noch eine Extradosis. Appetit stets genügend, nur die letzten 14 Tage schlecht gegessen. Stuhlgang letzthin oft angehalten (Angaben des Gatten und der Schwägerin).

Aufnahme in Schweizerhof 3. 4. 1912. Trennte sich leicht vom Gatten, legte sich zu Bett, sprach lallend; glänzende Augen. Bestätigte die Angaben des Gatten. Aß gut. Stuhlgang nach Einlauf. Einstündiges Bad abends. Nacht ruhig gelegen, stundenweise geschlafen.

4. 4. Große, schlanke Frau, Muskulatur schlaff. Kopf und Wirbelsäule nicht schmerzhaft auf Druck und Beklopfen, nur am letzten Lendenwirbel mäßiger Druckschmerz. Herzgrenzen nicht verbreitert, Töne rein. Lungen o. B.; flacher Brustkorb. Unterleib weich, nirgends druckschmerzhaft; Bauchreflexe nicht auslösbar. Kniereflex beiderseits vorhanden. Fußsohlenreflex normal, kein Fußklonus. Radialreflex beiderseits gesteigert. Trizepsreflex fehlt rechts, links normal. L. Arm kräftiger als der r. Augenbewegungen frei. Pupillen gleich, reagieren prompt auf Lichteinfall. Zunge gerade vorgestreckt, ohne fibrilläres Zittern. Fazialisinnervation intakt. Geringer Tremor der Hände. Kein Romberg. Sprache artikuliert, ohne Störungen, lallt heute nicht. Sensibilität und Motilität o. B. — Klagen über ziehende, rheumatische Schmerzen im r. Arm; vermöge mit der r. Hand nicht die Feder zu führen, habe keine Gewalt über die Feder, schreibe so unleserlich, daß sie ihre Schrift selbst nicht entziffern könne. (Vgl. S. 549 unter d. 22. 5.) Gewicht 58,2 kg.

5. 4. Gestern Besuch des Mannes. Abschied diesmal schwerer, da er nach Haus reiste. Pat. erzählte von ihrer Sorge um das Befinden ihrer ältesten Tochter, die eine Entbindung vor sich habe. Unzufrieden, daß ihr Geld und Schere abgenommen wurden, fügte sich dann aber. Gut gegessen. Abends 1½ St. gebadet, dabei die Sachen nochmals sehr genau durchsucht und im Handschuhkasten unten versteckt zwei volle, uneröffnete Gläser mit Veronaltabletten gefunden. (Bei dem ersten Durchsuchen der Sachen, das flüchtiger geschah, weil Pat. dabeisaß und sich darüber aufregte, war nur ein halb gefülltes Glas mit Veronaltabletten gefunden worden.) Nacht nicht geschlafen (Brausepulver). Heute früh sehr niedergeschlagen, möchte am liebsten abreisen.



6. 4. Gestern früh von selbst reichlich Stuhlgang. Aß wenig den Tag über. Nach ärztlichem Besuche, bei dem sie sich ohne weiteres einverstanden erklärt hatte, Bettruhe auch weiter einzuhalten, schalt Pat. erregt: das bekomme sie nicht über sich, die Pferdekur durchzumachen, wochenlang zu liegen, bis sie schlafe. Müsse Schlafmittel bekommen. Abends 1½ Std. gebadet, dann rotes Gesicht, erregt. Nach kühlen Kopfumschlägen, Brausepulver, Baldriantinktur ruhiger, lag die ganze Nacht ruhig, fürchtete einen Herzschlag, schlief nur ½ Std. Heute rotes Gesicht; Puls 72, regelmäßig, ziemlich kräftig. Liegt mit erhöhtem Kopf, weil sie sonst Schwindel bekomme. Der Kopf sei benommen, aber keine Kopfschmerzen. Bekomme diese Benommenheit immer nach kalten Umschlägen, wie sie sie auf unsern Rat gestern abend gemacht; „als ob das Blut dann noch mehr in den Kopf gezogen wird, und das Blut liegt dann so schwer in den Augen. Das ist nur von den Umschlägen.“ An Kopfschmerzen leide sie überhaupt nicht. Könne auch die hiesigen Speisen nicht recht vertragen, keine abgekochte Milch trinken; daher komme auch ihre Schwäche. Stößt beim Sprechen öfters an. Herztöne leise, rein. Händedruck beiderseits gleich schwach. Nirgends Schmerzen.

7. 4. Gestern allmählich freundlicher. Besuch der Schwägerin; dann besonders gute Stimmung. Aß gut und schlief diese Nacht viel besser, habe nur sehr viel wüst geträumt.

8. 4. Tagüber ganz leidlich. Nur mehrmals über das Essen gescholten, aß aber gut, fürchtete dann, zu viel gegessen zu haben. Nacht erst stundenlang kalte Umschläge gemacht, einige Tropfen Baldriantinktur genommen, dann ganz ruhig gelegen. Heute: habe zwar nicht geschlafen, das komme vom Essen, da seien Zwiebeln dran gewesen, das vertrage sie nicht. Und heute früh Kuchen, das vertrage sie gar nicht (hatte gestern statt Semmeln Kuchen verlangt). Puls 86. Klagt „Herzklopfen und das furchtbare Aufsteigende; mein Kopf glüht ja ordentlich; kein bißchen geschlafen! Jetzt lieg ich ebenso, wie ich gestern abend mich ins Bett gelegt habe“. Kopf rot. Habe in der Nacht verdächtige Geräusche gehört, es müßte wohl Jemand gestorben sein.

9. 10. Gereizte Stimmung gestern vormittag. Nach Tisch: habe hier Quecksilber bekommen, denn dadurch werden ja schädliche Stoffe ausgetrieben; im Bade sei Quecksilber. (Vgl. S. 553 unter 26. 5.) Später gern beim Vorlesen zugehört, dabei Teilnahme gezeigt und gelacht. Abends verlangte Pat. zu lüften, im Zimmer sei Schwefel oder Phosphor. Schlief bis 1 Uhr. Dann vom Sturm erwacht. Später nochmals geschlafen. Habe den Arzt in der Nacht im Hause sprechen hören (nicht dort gewesen); er habe der Pflegerin etwas über eine Kranke diktiert. Puls 98. Erzählt heute, sie sei durch das Schreien einer anderen Pat. (in der Tat hatte die Nachbarin im Schlafe aufgeschrien) erwacht und dann infolge des Sturms nicht wieder eingeschlafen; habe allerlei Geräusche gehört, ihnen unwillkürlich gelauscht und sich allerlei zusammengereimt. Die Pflegerin habe sich über sie gebeugt und sich dann am Fenster zu schaffen gemacht,

dabei habe Pat. geglaubt, an der Fensterseite zu liegen, während sie auf der Seite gegenüber liegt; das sei also wohl im Halbschlaf gewesen. Dann aber habe sie nicht mehr geschlafen und sei doch abends so ruhig gewesen, weil sie ein eigenes Kopfkissen, das sie sich hatte schicken lassen, unter dem unsrigen gehabt in dem sicheren Gedanken: auf eigenem Pfühl werde ich zuerst einschlafen. Das furchtbare Geschrei (außer jenem Aufschrei nichts gewesen) nach dem Selbstmord habe sie ganz deutlich gehört, „Selbstmord kann ja leicht vorkommen, in Berlin kommt er jeden Augenblick vor", und dann die Stimme des Arztes ganz deutlich erkannt, wie er der Pflegerin an die Mutter der Selbstmörderin, nachdem er diese in sorgfältigster Weise verbunden, einen sehr tröstlichen Brief diktiert und darin gebeten habe, jetzt nicht zu kommen, da dies die Tochter nur aufregen würde. Dadurch sei Pat. ganz beruhigt worden; das sei gewesen, als es hell wurde. Der Arzt sei mit dem Wagen vorgefahren, auch das habe sie deutlich gehört. Bittet den Arzt, ihr offen zu sagen, ob er dagewesen, da man es ihr bestritten habe. Glänzende Augen, Beben der Gesichtmuskeln, der Zunge und besonders der Hände. Habe auch oft Flimmern vor den Augen, besonders nachts, weniger im Hellen.

10. 4. Phantasierte den ganzen Tag. Hörte Kinder im Haus und auf der Veranda, bald den einen, bald den anderen Arzt darunter. Man solle ihr doch lieber sagen, was los sei, es sei ja schrecklich. Dann hörte sie Dr. *L.* vorfahren; eine Gesellschaft finde im Hause statt. Ein Besuch einer Nichte ohne Eindruck. Abends im Bade sprach Pat. von elektrischen Drähten, Säure im Wasser. Die ganze Nacht unruhig, lief umher, kam aus dem Zimmer, wollte hinunter, weil sie die Stimme ihres Schwagers hörte; der solle ermordet werden. Heute ganz erschöpft im Bett. Puls 92, kräftig. Liegt regunglos, läßt kalte Stirnumschläge machen. [Schmerzen?] „Ich hatte vorher leichte Schmerzen hier (Bauch), da dachte ich, es wäre wohl ganz gut, wenn Sie einmal nachsähen. Ich fühle es, als wenn da eine kleine Geschwulst wäre, so seit 1 ½ Stunden." Oberhalb des l. Poupartschen Bandes leichter Druckschmerz, sonst k. B. Stuhlgang täglich von selbst gewesen. Druck auf die Crista ilei außen und innen nicht schmerzhaft. Kein Bauchreflex. Starker Tremor der Hände, geringerer der Zunge; starkes Zucken in den Gesichtmuskeln; blickt starr vor sich hin. Bestätigt, gestern Stimmen von Kindern (vgl. S. 548 unter d. 16. 5.) und Ärzten gehört zu haben. „Was ich aber jetzt höre, da stimmen ja alle Nachrichten miteinander überein. Ich habe seit gestern nachmittag meinen Mann und alle meine Kinder verloren. [Woher diese Annahme?] Weil mir das erzählt worden ist; ich habe ja auch gelesen die Depeschen. [Wo gelesen?] Den einen habe — also die erste Nachricht habe ich vorlesen hören, aber ich kann nicht sagen, wo das war. Ich denke, daß das wohl im Park von Zehlendorf gewesen ist, und daß ich da Erlaubnis bekommen habe, hinzugehen. [Seit wann in Zehlendorf?] Seit heute bin ich wohl nach Zehlendorf gefahren, oder nein, ich bin wohl in Zehlendorf

zwei Tage wohl gewesen, d. h. wohl in der Klinik von Dr. Z. (dem Arzt in der Nähe ihres Heimatortes, der sie hierher geschickt. Vgl. S. 552 u.) Das kann ich aber nicht sehr auseinanderhalten, das ist ein wüstes Chaos. Es ist mir jetzt auch gesagt worden, daß meine Tochter den Brief hat vorlesen hören. [Wer gesagt?] Das kann ich jetzt nicht so sagen, ob mir das geschrieben ist, oder ob meine Nichte das gesagt hat; es ist in meinem Kopf noch so wüst. (Sehr resigniert:) Ich habe nur noch meine beiden Töchter. [Die Depesche selbst gelesen?] Ja, das muß ich gestehen, das weiß ich nicht mal so genau, wie das mit der Depesche war. — Nein, die werde ich wohl gelesen haben, denn als ich wieder zurückkam nach Zehlendorf, da war meine Tochter ja schon abgefahren nach Berlin." Bei leichtem Druck auf die geschlossenen Augen berichtet Pat., sie sehe kleine Schränke mit Stickerei, deren Farbe sich langsam ändere; die Schubladen werden herausgezogen, darin ist nichts, auch keine Briefe und Depeschen. Hört nur, was in der Tat zu hören ist, zählt es auf: Vogelgezwitscher, Bürsten auf dem Korridor, mein Schreiben im Notizbuch. Dann: „jetzt wäscht sie Geschirr aus, jetzt klappert sie mit dem Eimer", was auf Illusion zu beruhen scheint. Worte habe sie eben nicht gehört, „nein, jetzt nicht". Hat aber vorher deutlich gehört: „Guten Tag, Herr von Berg!" (Vgl. S. 553 unter 26. 6.) „Ich habe gar nicht darauf hingehört; ich hörte nur, er hatte sich die Särge alle hier angesehen, und da hatte er gesagt, das seien alles alte Muster, und da müßte zuerst nachgesehen werden in solchen Magazinen, wo zurückgestellte Särge sind, die dazu passen. Aber weiter habe ich mich nicht darum bekümmert." [Daraus entnahmen Sie, daß die Ihrigen tot seien?] „Daraus nicht, nein, nein; ich habe es auch aus verschiedenem andren gehört. Nein, das war ja am Abend, wo ich alles das habe vorlesen hören. Aber was ich da getan habe, das weiß ich wirklich nicht; denn als ich da gestern abend nach Hause kam, da sagte ich: nun sind wir doch zu Hause; da sagte die: nein, wir sind doch hier in der Zehlendorfer Straße. Aber das war mir auch manchmal so, da war es ½11 Uhr vormittags, und ich sagte zur Schwester: Na, es ist doch Kaffeetrinken jetzt. Aber das ist heute schon besser. Ich hatte ja auch fast gar nichts gegessen. [Wo jetzt?] Jetzt bin ich noch in Zehlendorf. [Welcher Tag?] Heute haben wir — ja da muß ich wohl erst noch rechnen; Sonntag, denke ich. (Mittwoch!) [Überlegen!] Ja, nein, heute ist wohl Sonnabend erst. [Datum?] Das ist mir gänzlich entfallen, gänzlich entfallen. [Monat?] Ich weiß wohl, daß es ein Schaltjahr ist, und daß ich vor Schaltjahren stets, Sie mögen ja darüber lachen, daß ich da Angst stets gehabt habe, denn in jedem Schaltjahre hatte ich stets verschiedene Arten, Todesfälle u. dgl. (vgl. S. 553 unter 26. 5.), da sagte ich auch: ich will erst froh sein, wenn das alte Schaltjahr vorüber ist, mir hat es nie etwas Gutes gebracht. [Monat?] Ja, wir haben also April. [Wie lange hier?] Ja, das weiß ich nun auch wieder nicht genau, das sind erst einige Tage her, daß hier — ich hier bin; aber ob meine Tochter, die ja



auch in der Klinik gewesen ist, da wurde denn gesagt, daß der Sarg von ihrem Manne dort vorübergetragen wurde, und daß sie den noch mal sehen wollte, aber das, ja das muß mir erst allmählich einfallen. [Jahr?] Also 1912. [Den Brief mit den Nachrichten gelesen?] Ja, neulich hatte ich das ja nur gehört, wohl durch eine Seite der Tür, aber ich weiß noch, daß ich die Worte hörte. Aber daß meine Tochter den Brief hat vorlesen hören in dem Coupé — [die Tochter gesehen?] Nein, gesehen habe ich sie nicht; entweder ist sie nicht hingekommen, oder sie ist noch nicht hier. Es ist ja wohl noch nicht ¾6 (vorm. 10 Uhr!), da kommt sie. Ach, meine arme Bertha, die hat die Depesche gekriegt. [Woher wissen Sie das?] Weil nach dem Wagen telephoniert ist. Wir haben doch eigenes Fuhrwerk und haben nicht die Bahnstation B. (vgl. S. 553 unter 26. 5.). Augenblicklich — ach nein, ich soll ja noch bei Ihnen sein; jedenfalls ist es dasselbe Zimmer, wo ich bei Ihnen behandelt bin, wo ich den hübschen Blick auf den Garten hatte. [Glaubten Sie, wo anders zu sein?] Ja, eben wußte ich mal wieder nicht genau, ob ich in Zehlendorf war oder in Mentone, aber jetzt sehe ich ganz genau, es ist das Zimmer, das ich in Zehlendorf hatte. [Alles wie Traum?] Ja, ja, das wird sich ja sofort ändern, wenn — ja, diese Nacht und am Tage, da konnte ich mich dem ja ganz hingeben, weil ich keine Pflichten hatte, und weil ich Zeit hatte, und weil ich keine Kräfte hatte, ich könnte wenigstens sehr wenig leisten, wenn ich auf wäre. [Liegen nötig. All das Befürchtete nicht geschehen, alle leben.] (Resigniert, bestimmt:) Mein Mann hat sich hier vor meinen Augen erschossen. [Das gesehen?] Ja. [Gar nicht hier gewesen.] Mein Mann? Ja. Aber das ist ja auch aus der Zeit, wo ich mir gar nicht klar bin, wo ich bald hier, bald da war. Auch nachher ist mir ja noch alles durcheinandergegangen, klar bin ich mir ja erst heute morgen geworden. [Mann lebt.] Dann würde meine Tochter doch schon hier sein, ich habe den Wagen doch schon vorfahren hören. [Alle leben wirklich.] Mein Gott, das sollte möglich sein! [Gewiß.] Aber es war heute vormittag bei meiner Tochter doch alles anders, als es sonst da war. [Was anders?] Das Eßzimmer, das war ganz anders eingerichtet als sonst, ich habe gefrühstückt dort. Und dann nachmittags — das könnte ja gleich geschlichtet werden zwischen dem alten Stubenmädchen und der — ja sollte die nun Stubenmädchen für hier sein (vgl. S. 554 unter 26. 5.)? Und dann der Frl. B. (Oberin) — die hatte ja wohl auch hier gehen wollen, die beide reisen jedenfalls heute abend ab. [Gar nicht bei Tochter gewesen.] Ja, meinen Sie? das ist mir ja auch etwas wunderbar gewesen. — Aber wir haben doch unten im Eßzimmer Mittag gegessen. Allerdings auch, das war anders eingerichtet wie sonst. Aber ich weiß, daß die beiden übrig gebliebenen Brüder meines Mannes da waren. Der eine war schon abgefahren zum Bahnhof nach J. (Bahnstation unweit des Wohnortes der Pat.), und der andre ging auf und ab, ich saß da, und da äußerter er sich nicht so freundlich in verschiedenen Punkten, so daß ich da aufstand und nach oben ging. [Alles



erträumt; nicht aus dem Zimmer gekommen.] Ach wenn das Traum sein könnte! (faltet die Hände). Ja, es war mir ja auch, die Gründe, alles so — ich meine, eben der Schwiegersohn, der doch der jüngste Bruder meines Mannes ist (der Bruder ihres Mannes lebt in glücklicher Ehe mit ihrer Tochter und in sehr guten Verhältnissen), der hätte alles verjubelt, die Pachtung sollte abgegeben sein, das kann doch gar nicht so rasch geschehen und war vor vier Wochen doch noch nicht. Das allerdings macht mich stutzig, als wir in das Zimmer heut kamen, wo wir jetzt sind, daß — da hatte ich mir Bilder schicken lassen von Hause, und da fragte ich mich: wo kommen die Bilder nur her? [Welche Bilder?] Ich habe sie alle jetzt abgenommen, sie standen im Stehrahmen da sehr offen." Die Bilder hat Pat. heute tatsächlich weggeräumt. Die Vorstellungen vom Tode der Ihrigen brachte Pat. ohne Pathos, aber mit wehmütiger, etwas müder Fassung hervor, wie: sehr schwer, muß aber getragen werden. Lebhafter bewegt dagegen bei der Versicherung, daß dem nicht so sei. Sprach langsam, etwas eintönig (weder lallend noch stockend); doch öfters längere Pausen, sprach dann erst auf die eingeschobenen Fragen weiter. Wenig Bewegungen, gerötetes Gesicht, brennende Augen, meist vor sich hin gerichtet. Wiederholte nach dem Weggang des Arztes mehrfach: es sei wohl ein Traum gewesen, der Arzt hätte ihr das versichert. Aß gut.

11. 4. Badete 11—12 Uhr; dann so müde, daß sie schlafen könnte. Schlief auch etwas. Nachm. wieder 2½ Stunden gebadet. Erst im Bade immer klarer, dann viele Gehörstäuschungen. Im Zimmer erregter: der Schrank müsse aufgeschlossen werden, da seien Leutnants drin (vgl. S. 553 unter 24. 5.). Sie müsse zum Begräbnis und habe keine schwarze Kleidung. Hörte Kinder, den Arzt, Wagen usw. Aß gut. Die ganze Nacht unruhig, wollte zuletzt den Schrank umstürzen, weil die Leutnants drin seien. Rief einmal laut um Hilfe. Zuletzt im Bett geblieben, sie wolle ihre Ruhe haben. Aber dieselbe Unruhe dann auch im Bett. Heute Puls 96, regelmäßig, kräftig. Starrt meist vor sich hin. Bei Augenbewegungen zugleich Zucken der Augen, ebenso Nachzucken bei Bewegungen der Gesichtmuskeln (als kämen diese erst durch ein Zitterstadium hindurch zur Ruhe). Stuhlgang regelmäßig von selbst. — „Viel Appetit habe ich nicht gehabt, aber es war mir genügend." „Ich denke noch immer, daß ich in Zehlendorf bin, das täuscht noch immer, ich kann nicht darüber hin kommen, ob es ein Tag oder eine Nacht ist. [Wo jetzt?] Na, augenblicklich fällt es mir ja immer wieder ein, daß ich in Zehlendorf bin. [Mann tot?] Nein, das ist nicht wieder gekommen, manchmal wohl, aber doch nicht so bestimmt. [Von wem der heutige Brief?] Ja, der war von meinem Mann. (Richtig.) [Also klar darüber?] Ja, ja. [Täuschungen?] Na, die bezogen sich immer auf die Örter, in denen ich war, bald in Berlin, bald in Zehlendorf, ich war in Berlin oder in Zehlendorf [Meine Stimme nachts gehört?] Nein, aber heute z. B., als ich Sie auf der Treppe hörte, da erkannte ich Sie gleich. [Wann?] Ach, das war wohl gestern nach-



mittag; nun, als Sie zum letztenmal hier waren, ich weiß nicht, war es heute oder gestern nachmittag. [Wie war das in der Nacht mit dem Schrank?] Nein, darauf kam es nicht an, sondern auf die Erscheinung an der Decke (vgl. S. 553 unter 24. 5.). [Was?] Ja, das habe ich gar nicht zu wissen gekriegt. Es sollte mir wohl nicht mitgeteilt werden, damit ich mich nicht aufregen sollte, sonst wäre mir doch wohl etwas gesagt worden da. [Eine Erscheinung?] Ja. Gott, wie war es denn eigentlich? Eben, Geräusche, und als ob ein Vorhang heruntergezogen würde. [Was hinter dem Vorhang?] Nein, dahinter war wohl nichts, nur als wie so ein Gleiten des Vorhangs, so ein Rascheln, auch Schieben, und das hörte sich wohl auch an, als wenn da Klingeln wären; nicht Klingeln, sondern Schlüssel da aneinanderklangen an den Türen. [Jetzt?] Ja, höre ich einen Wagen fahren. (Richtig.) [Dasselbe Geräusch wie da, als ich im Wagen gekommen sein sollte?] Ja, ja, das wußte ich immer, das war das Richtige. (Greift nach etwas auf ihrem Deckbett, sucht herum, wischt, wirft etwas anscheinend heraus, ohne etwas zwischen den Fingern zu haben; ganz damit beschäftigt). [Was da?] Nein, es war nichts, es ist bloß ein Muster drauf, das verfolgte ich eben, ein kleines Blumenmuster, so ein eingewobenes weißes Blumenmuster. (Richtig; betrachtet das Muster ganz genau. Rote umschriebene Flecke auf den Wangen; mäßiges Beben der Hände, weniger der Zunge, die auf Aufforderung langsam nach vorn gestreckt wird.) [Schmerzen?] Nein, die sind nach dem Bade ganz fort." Bei passiven Bewegungen der Füße und Beine mäßiger Widerstand, auch wenn Pat. bedeutet wird, zu erschlaffen. Keine Kniereflexe. Bei leichtem Druck auf die Augen sieht Pat. einen Stock, der sich bewegt, hell auf dunklem Grunde, dann löst er sich in Kugeln auf. Keine Gesichter. „[Gedächtnis?] Das ist noch schlecht, ja. [Datum?] Heute haben wir — 11, 12, 13, 14, den 15., denke ich. [Monat?] April. [Wieso der fünfzehnte?] Ich rechnete es mir schnell aus mit Ostern, das hatten wir doch am 7. (Richtig.) [Wochentag?] Montag. (Wäre richtig, wenn der 15.) [Nein, Donnerstag, der 11.] Ach so, richtig, ja. [Wie kamen Sie darauf, daß Ihr Gatte gestorben sei?] Ja, das ist mir vollständig unklar. Die ganze Woche, weder bei Tage noch bei Nacht, habe ich gewußt, was ich zur Stunde gerade vornahm. [Das wissen Sie nicht?] Nein, das ist mir vollständig klar, unklar vielmehr. Das wird wohl das Liegen so gewesen sein, und das beim Baden, da horcht man immer viel, und da ist man auf diese Gedanken gerichtet, da unwillkürlich. [Brettspiel?] Ja, das habe ich auch schon mal gemacht, Halma habe ich mal gespielt. [Vorlesen lassen?] Ja, ja, vorlesen und Patience spielen, ja." Hat dies vor einigen Tagen getan; vorgestern und gestern unmöglich. — 11—12 Uhr im Bade, darin größere Unruhe. Nachher gereizt. Hörte von 2 Uhr ab telephonieren, antwortete. Blieb im Bett, nur zweimal heraus. Nachm. 5 Uhr Puls 84, gleichmäßig, nicht so stark. „Ja, es geht ganz gut. [Gut gegessen?] Ja, ich habe etwas gegessen. [Schmerzen?] Nein (hebt etwas

die r. Hand, hält sie steif oberhalb der Bettdecke). — Ja, ich finde auch, er ist — es ist wohl bald alle. [Mit wem sprechen Sie?] Mit Herrn Sanitätsrat Bürger (vgl. S. 554 unter 26. 5.) in — in — na, in der Stadt. Wo kam er doch her, na, wo kamen jetzt doch die Herren her? — Nein, nein, es ist gut so. (Gesicht rot; sieht starr meist nach oben bald mehr l., bald r., jetzt auf die Bettdecke und zupft hier und da.) Nein, noch gar nichts. — Ma—Ma—Marie (s. S. 553 unter 26. 5.) also. — Bertha, hier sind andere Sitten, ich will nicht den betrunkenen Mann. Hier wird nämlich auch mal wieder sehr weit fortgefahren. [Wer ist denn da?] Das weiß ich nicht mal. — Was war denn das für ein Kind? — Ein Knabe oder ein Mädchen? — Also gewiß, was war? — Also groß, schwarz, — braune Augen, — weiße Hände, — schöner Leib (wie nachsprechend). — Bitte, schwinde. — [Hörten Sie die Schilderung des Kindes?] Ja, das höre ich. [Von wem?] Von der Decke kommend. — Na, dann ist es ja mal schön (immer Pausen, wie nachsprechend oder antwortend. Hebt die Hand, dann den Arm hoch, hält ihn so). — Wie wird er aufgehängt? — Wie kommt ihr denn da hinauf mit dem Ding? — Ach so, sie hatten wohl hier unten so ein Ding, nicht? — Ja wohl, der wird unten in dem Teich wird er wohl bleiben. — Ja, Marie, macht mal; Marie, bind' mal zu. — Es ist ja kein Band da. — So? — Na, ist denn kein Dr. mit? [Was ist denn los?] Ja, ich komme nicht dahinter, ich weiß es nicht. [Sehen Sie nichts?] Ja, ja, es ist jetzt eine gläserne Kugel, und nun soll — [die Kugel?] Ja, und die soll an eine Kette gehängt werden, nicht? Ist das nicht so? — Na, da irrst du dich sehr. (Sieht nach dem Fenster, legt sich anders, plinkt lebhaft mit den Augen.) — Ja, das kenne ich auch nicht, die ganze Geschichte, was das alles soll? Ja, so, sie hat dort ein Heiligenbild, das muß nach der Straße zu sehr hübsch aussehen. — Nein, dann mach' ich's wieder zu. (Bewegt die Hand, als wenn sie etwas zumacht; auch weiterhin mit den Händen entsprechende Bewegungen.) — (Lachend:) Also Wein ist es. — Das soll da hereingegossen werden? Und dann tanzen die Juden alle da? [Sehen Sie die, mit denen Sie sprechen?] Nein, ich sehe euch nicht hier. Aber lauter bunte Farben gibt es, titititititititi." — Fährt fort, sich in gleicher Weise zu unterhalten und Bewegungen zu machen. Ganz beschäftigt mit den Delirien, hört Pat. doch jede Frage, hört auch, befragt, jedes leise Geräusch draußen. Beides geht nebeneinander her, ohne sich zu stören. Widerspruch stört sie nicht. Z. B. „[Ich sehe nichts.] Nein, das können Sie wohl auch nicht." Als sie einmal aus dem Bett will und aufgefordert wird, darin zu bleiben: „Ja, das ist wohl auch besser, ich kann ja doch dabei nichts nützen." (Pat. weiß, daß ihre Tochter im August ihrer Niederkunft entgegensieht. Diese hat schon mehrmals Frühgeburten und schwere Geburten mit Absterben des Kindes hinter sich, Pat. hat vor zwei Jahren eine solche im Hause der Tochter erlebt.) T. 37,2°. Auch in den Tagen vorher kein Fieber.

12. 4. Sprach auch weiterhin viel von Kindern, suchte im Bett nach



Kindern, fragte, wie man Kinder behandle, sie sei schon lange außer Übung; tat dazwischen, als ob sie nähe, zerriß dabei ihre Bettdecke. Aß gestern wenig, nur abends gut. Blieb im Bett. Schlief gar nicht. Heute früh gut gegessen. Puls 116. Rote Backen. Starkes Zittern der Hände und der (nicht belegten) Zunge. Starrer Blick und starre Mienen, dazwischen rasche Bewegungen der Augen und des Gesichts, denen kurze Zuckungen, wie Nachwellen, folgen. Plinkt heute besonders oft und lange mit den Augen. Sucht „Eierschalen" auf der Bettdecke, bittet um einen Teller, sie da hineinzutun, legt die eingebildeten Schalen dann sorgfältig in den eingebildeten Teller, streift mit den Fingern anscheinend ab, was an der Hand sitzen geblieben ist, stellt den Teller dann weg, alles eifrig, mit großem Ernst, stumm, nur auf Fragen kurz antwortend. Sucht dann nach einer Nadel auf der Bettdecke, nimmt sie anscheinend und steckt sie an einer anderen Stelle wieder hinein. Wischt mit den Fingern auf ihrer Zungenspitze herum, „muß dort etwas herunternehmen", es geht aber anscheinend nicht herunter, sie wischt immer von neuem, „ja, es klebt sehr fest", kann aber nicht angeben, was es ist. „[Geschlafen?] Ja, ich habe ganz von allein geschlafen, sehr schön geschlafen." Nimmt dann „Teile von einer Uhr" sorgfältig von der Bettdecke, „die lagen — na oder ich weiß nicht mal genau. Er brachte mir das eben in der Hand, er ist soeben über den See geritten (vgl. S. 554 unter 26. 5.) —. [Über den See?] Ja, da läßt sich ganz schön reiten, mein Sohn reitet manchmal, ja er reitet sehr gut .... (..... bedeutet hier und weiterhin, daß Worte, die Pat. gesprochen, nicht nachstenographiert werden konnten). [Sehen Sie den See und den Sohn?] Ja, da (deutet und blickt zum Fenster, während sie vorher nach der Wand, also nach der anderen Seite, gesehen hat), da sehen Sie das kleine Stückchen, jetzt, ja der Schnee über dem See (man sieht durch das Fenster schneebedeckte Baumkronen und Schneeflocken). Da war das Begräbnis gewesen, von wem war es doch gerade mal? — [Tut etwas weh?] Ja, etwas Schmerzen hat er dabei wohl, er hatte ja furchtbare Mühe. [Ihnen weh?] Ich habe mich in die Zunge wohl ein bißchen geschnitten (faßt an die Zungenspitze, als wenn sie da etwas abnimmt, legt es auf die Bettdecke, wiederholt das mehrmals). — [Tag?] Heute haben wir also den — 14. April. [Wochentag?] Sonntag. [Woran erkannt?] So, ja an dem gewöhnlichen Leben der Tage, was so der Tag mit sich bringt; aber heute, weil da nun etwas Besonderes mit war, daß der nun so über den See geritten hat, so sind ja ..... übermütige Leute ..... die N.er Regimenter ja so schwer zu besetzen, und da kam er nach F. . . . und er hatte sich gefunden, und sie ritten ..... hatte ihm den Roßschweif genommen und um die Beine gewickelt, ja, ja, und seine Freunde hatten das gesehen ...... und er reitet wirklich über den Fluß .... zurück nach N., und da hat ihn der Oberst noch angenommen, ja, er hatte ihn angenommen, es ist doch immer noch eine Frist für Offiziere ...... Wenn Sie vielleicht ein wenig



mal weggehn wollten, ich muß doch sehen, wie das Wasser kommt (sucht im Bett mit Händen und Blicken), das Wasser da aus dem See, es steht schon da unten in meinem Bett. Und wollen Sie mal sehen, wie der Dunst da herauskommt (zeigt hinter sich unten auf die Matratze, sieht aber nicht hin, sondern starr vor sich auf die Bettdecke). [Wasser und Dunst nicht zu sehen.] Na, das weiß ich auch nicht. (Schweigt und blickt gespannt nach vorn, nimmt dann wieder anscheinend etwas von der Zungenspitze herunter). [Was ist das auf der Zunge?] Das ist so eklig, ich tue es ja bloß, weil es ein so unangenehmes Gefühl ist." — Geht auch heute, wie in den letzten Tagen, ohne Unterstützung zum Bade, dabei kein Schwanken, auch nicht auf der Treppe; mehrmals leistete sie früher erst kräftig Widerstand, fügte sich dann aber (auch später Gang stets gut, so schwach Pat. auch sonst schien; durch das Zimmer lief sie bisweilen sehr flink). — Sprach im Bad vorm. ruhig vor sich hin viel von kleinen Fischen und Tieren, griff danach. Blieb dabei freundlich. Dann plötzlich: „Nun will ich aber raus." Aß gut. Sah dann Särge, hatte Angst, rief die Namen ihrer Kinder, sah draußen ihren Mann, einen Hund, wollte hinaus, sich betätigen, nähen, knüpfte den Bettbezug auf und zu, zupfte Fäden aus, suchte nach einer Nadel, die sie verloren habe. 37,1°. Nach 5 Uhr Puls 104, kräftig (im Bade). Spielt mit dem Badetuch. Keine Schmerzen. „[Hören?] Ja, ja, das ist ja auch ganz natürlich. Denn jetzt ist auch der Zwischengang..... (nicht verstanden) ....., und an den Seiten ist jetzt das fortgenommen, und da kann das ja nicht ausweichen. (Starrt wie sonst. Rotes Gesicht.) Ja, Herr Doktor, die sind ja auch sonst nicht ängstlich damit. Wo ungefährlich die Sachen sind, da bin ich ja auch nicht dagegen, aber da draußen gehen die mit dem Kinde, und ich kann es hier nicht finden" (sieht auf ihr Knie, wischt herum. Sehr starkes Zittern der Hände).

13. 4. Badete gestern nachmittag 3 Stunden bis ½7 Uhr, dann bis ¼11 Uhr ruhig gelegen, sei müde, sprach wenig. Abends wieder mehr gesprochen, besonders vom Sohne, der nicht aufgenommen werde im Regiment. Ermahnte den Sohn, er möge solide sein, gute Bücher lesen usw. Gar nicht geschlafen. Heute morgen ganz erschöpft, in Schweiß. Verschiedene Stimmungen im Wechsel, heiter, geängstigt; dies namentlich, wenn sie hörte, Mann oder Söhne und Töchter stürben. Hatte einmal auch sechs kleine Kinder im Bett, die versorgt werden mußten. Bekommt heute einen Brief der Tochter, die ihre Freude darüber ausspricht, daß Pat. sich hier eingewöhnt, und gute Nachrichten gibt. Las den Brief, dazwischen aber — beides ineinander geflochten —, was ihr durch den Kopf ging (oder was sie hörte?), ganz ohne Zusammenhang zwischen den einzelnen Sätzen aus dem Briefe vor. Hatte gestern nachmittag auch von der Kaffeetasse, nachdem sie sie lange genau angesehen, alles Mögliche abgelesen und später ebenso von einem leeren Blatt Papier Heute morgen dann nach dem Briefe der Tochter erregt, drängte heraus



zum Fenster hin, so daß der Laden vorgelegt wurde. Die Tochter habe geschrieben, Pat. solle zu ihr, solle ihr Nachricht geben, warum sie nicht schreibe (nicht der Fall); sie bekomme aber kein Papier (hatte nicht schreiben wollen, obwohl es ihr angeboten war). Möchte nicht so „eingefenst“ sein, sei ganz ruhig, könne alles machen. Ihre Briefe werden nicht bestellt, die Tochter habe geschrieben, „ich soll zu ihr kommen, sie liegt im Bett, und so viel Besuche sind da. [Brief zeigen!] Ja, die eine Dame hat ihn fortgenommen. Lassen Sie mich doch hin, es sind ja nur ein paar Schritte bis zu meiner Tochter. [Weit von hier.] Na ja, wenn ich auch in Zehlendorf bin (davon war nichts gesagt), so ist es — na ja, es kann ja doch nichts helfen. Wenn mein Mann nicht da mal mit Gewalt durchdringt — (ißt). [Nacht?] Ich habe wundervoll geschlafen.“ Ißt. Kopf zittert leicht; will aufstehen, bleibt aber auf Ermahnung liegen, blickt zur Wand, nachdem sie ordentlich gegessen und den Teller fortgestellt; nimmt schließlich ein Buch vor, starrt auf den Deckel, sieht ihn dann von außen und innen genau an, schlägt auf, sieht lange starr auf eine Seite, dann schnelle Augen- und Kopfbewegungen wie eines rasch Lesenden; dabei lautes Ausstoßen von Gas per anum. Als Pat. anscheinend die Seite zu Ende gelesen, schlägt sie mit vieler Umständlichkeit um, bekommt aber trotz aller Mühe eine falsche Seite und liest auf ihr weiter. Starrt dazwischen auf die Wand, liest dann aber weiter, hält dabei das Buch mit beiden Händen kräftig, alles schweigend. Plötzlich zu mir aufblickend: „Also das ist hier A. (Wohnort der Pat. Sieht auf die Wand, wiederholt den Namen langsam und deutlich in Silben abgetrennt, als spreche sie nach oder vor, drückt auf verschiedene Stellen der Wand.) Ob das hier aufgeht? — Hier? (Rasch hier und da bald mit dem Finger, bald mit der ganzen Hand gegendrückend.) Ich komme hier nicht raus. — (Laut rufend:) Nicht rauszukommen. — Nein, nein. — Ja. — Ja. (Klopft an die Wand.) — Sie möchten mich mal ein bißchen hier rauskommen lassen, sagt H. San.-Rat Laehr. Sie möchten mir hier an der Spitze mal aufmachen. Früher war das doch alles hier auf, und man konnte in dem und in dem (nach rechts und links zeigend) Garten sein. — Nein, versucht hat sie nicht, aufgemacht hat sie nicht (letzteres zum Ref.)“. Nimmt dann wieder das Buch mit zitternden Händen und blickt hinein. Urin von heute früh etwa 150 ccm; 1,033; reichliche Urate; eine Spur Eiweiß (Kochen mit NO_3H), kein Zucker, kein Azeton, keine Fe_2Cl_6-Reaktion; keine Zylinder. — Körpergewicht: 57 kg.

14. 5. Sprach weniger vor sich hin, antwortete aber auf Stimmen und rief nach ihren Angehörigen, wollte zu ihnen, telephonierte mit ihnen; mehr Angst, die Kinder werden erschossen. Antwortete. Badete vorm. 2, nachm. 2½ Std. Aß genügend, nur mittags schlecht, trank viel Milch. Schlief nach Tisch 1½ Std., zuckte dabei mehrmals zusammen. Abends 0,01 Morph., lag danach ruhig, schlief ¼ St., dann wieder dasselbe. Angst, daß ihren Kindern etwas geschehe, bat den Landrat für sie, lag heute



gegen 7 Uhr erst ruhiger, ließ sich waschen und das Haar machen, sprach hierüber klar. Liegt seitdem ruhig. Stuhlgang wie sonst von selbst. Puls nicht so kräftig, durchaus normal weich, 70—80. „Es geht mir eigentlich ganz gut.“ Zittern erheblich geringer, Gesicht nicht so rot. „[Nacht?] In der Nacht war es mir ein wenig unruhiger, aber jetzt seit ½8 Uhr habe ich ganz still gelegen den ganzen Vormittag. [Geschrieben?] (Pat. hatte gestern davon gesprochen, aber nur Striche zu Papier gebracht.) Nein, es hat ja keinen Zweck, wenn man auch sagt, daß man ein Blatt Papier haben will, man bekommt es ja doch nicht. Daß man selbst etwas veranlassen kann, das ist ja ganz ausgeschlossen.“ Sagt dies nicht gereizt, lächelt.

15. 4. Blieb gestern (abgesehen vom zweimaligen Bade) im Bett, rief aber oft nach ihrem Sohn und dem Landrat. Der Landrat sollte den Sohn beim Regiment anbringen. Glaubte dann, daß ihr Mann sich Veronal angewöhnt habe (vgl. Aufzeichnung S. 550), nachdem er so viel darüber gescholten, daß sie Veronal genommen; ihr sei das hier so gut bekommen, und sie schlafe so ausgezeichnet, daß er nun auch hierher kommen solle. Versuchte auf Aufforderung zu schreiben, konnte erst nicht recht, der Bleistift hafte am Papier; schrieb dann zittrig: „Herr Geheimrat!“ (vgl. S. 552 unter 24. 5.), kam nicht weiter; an ihren Mann schreibe sie nicht, der wisse ja doch durch den Arzt Bescheid. Aß ziemlich gut. Stuhlgang von selbst. Kein Urin im Nachttopf (bei Stuhlgang und Bad verloren?). Abends zuerst ruhig im Bett. Höre Gepolter, als wenn ihr Mann oder Sohn im Hause sei, die möchten doch kommen. Beruhigte sich, als sie hörte, daß unten noch reingemacht werde. Dann erst noch hin und wieder gerufen, 1—3 Uhr geschlafen, dann wieder geklopft, gerufen, aber nicht aus dem Bett gekommen. Puls 88, voll, aber nicht hart. „Mir geht's ganz gut; es wäre doch viel schöner, wenn ich draußen etwas herumgehen könnte.“ Rötung des Gesichts noch deutlich, aber weniger stark. Ebenso Zittern der Hände deutlich, aber auch geringer. Zunge, fest um die Unterlippe gelegt, zittert nicht, ist nicht belegt. Trizeps- und Radialisreflex sowie l. Kniereflex nicht hervorzurufen, aber auch keine völlige Entspannung. R. Kniereflex einmal deutlich, aber sehr schwach. „[Nacht?] Ja, ich habe diese Nacht sehr schön geschlafen und schlafe auch gleich ein. Na, die Nächte waren verschieden, mal habe ich ruhiger geschlafen, mal unruhiger; daß ich eine wie die andere geschlafen habe, das kann ich nicht sagen. — Ja, mir ist immer und auch heute gesagt worden, ich möchte mich mit allen Fragen an Sie wenden, H. San.-Rat. Sie wissen doch ganz so gut wie ich, daß mein Mann gestern hier gestorben ist (gar nicht deprimiert im Ausdruck). Und da war mein Schwager heute hier, um mit mir zu sprechen, was ich als Witwe zu tun habe. — [Ihr Mann gestorben? Was bringt Sie zu der Meinung?] Ja, also, daß er erst hier war, das weiß ich ja. Als ich im Bade war, da hörte ich ihn ja. [Gesehen auch?] Ja, wie ich im Bade war, ja, da war er auch im Flur gewesen,

und er wußte auch, daß ich da im Bade war, und er wollte mich noch einmal sehen, aber da ward ich da an ihm vorbeigeschoben, das vergesse ich auch mein Lebtag nicht, und er rief noch: lassen Sie mich sie doch noch einmal sehen, aber nein, das gab's nicht. [Weshalb nehmen Sie an, daß er nun tot ist?] Weil ich nachher bei Tisch, da lag ich nachher zum Ausruhen, na ich kann da nicht immer so unterscheiden, ich merke das immer an Kleinigkeiten, so ein Ideechen am Kleiderschrank oder an der Lage merke ich es, ich habe auch in anderen Zimmern gelegen (stets in demselben!), die dieselben Bezüge haben und Decken, aber doch etwas anders sind. Also da hörte ich von einem der Zimmer, die nach der Wohnung des Geheimrats zu liegen, ein Laufen, und hörte ich, wie der Geheimrat sagte — [Welcher Geheimrat?] Ja, ich denke immer, daß er jetzt Geheimrat ist, unser Landrat (vgl. S. 552 unter 24. 5.), von unserem Kreise, von E. Und die ganze landrätliche Wohnung, die geht doch da entlang (vgl. S. 550, Aufzeichnung). Die Frau habe ich doch auch gehört. [Hier im Hause keine landrätliche Wohnung.] Ja, in Verbindung muß sie wohl sein. Ja, gestern, da war ich drüben in dem Flügel, ich glaube, das war nach dem Mittagessen. Aber abends war ich dann wieder auf dem andren Flügel und bin nun wohl in dem Zimmer, in dem ich in der Nacht gelegen habe, das weiß ich nicht, ja, das muß es aber wohl eigentlich sein. (Hört eine längere Auseinandersetzung, daß ihr Mann lebt, sie immer in diesem Zimmer oder in der Badestube gewesen, weder Mann noch Landrat hier gewesen usw., ohne äußere Erregung an. Nur einmal: „O nein." Dann nach einer Pause:) Was ist denn über mich beschlossen mit dem nach Haus fahren? Ich muß doch hin. Diese Steppdecke z. B., die liegt nun schon den zweiten Tag, ohne daß der weiße Bezug darüber ist. Auch meine Toilette-Gegenstände sind eingepackt und kommen nicht wieder. Auch hörte ich von zwei Gepäckdroschken reden, hoffentlich können wir nach Haus fahren zu meinem Schwiegersohn, und von Wagen war auch die Rede. [Wagen nicht hier; von Abfahren nicht die Rede.] Na, ich meine nur, ob wir heute schon abfahren können. [Heute noch nicht.] Na, wenn ich heute noch nicht fahren darf, so möchte ich doch sehr um Erlaubnis bitten, daß mein Sohn, der seit gestern hier ist, zu mir kommen kann. Er hat schon hier und da seinen Kopf zu mir hereingesteckt, das arme Kind. Er ist schon ganz verzweifelt ordentlich, nun kriegt er mich auch nicht zu sehen (vgl. Aufzeichnung S. 550) und — [Er nicht hier; alles wache Träumerei.] Ja, und eben deshalb finde ich das viel besser, wenn ich ein wenig in Tätigkeit hineinkomme. Man liegt hier so und guckt vor sich hin, das ist wirklich, da wird man ja verrückt von. Sonst habe ich doch Besuch gehabt in der ersten Zeit und zu lesen, jetzt liege ich aber ganz so, da werden die Glieder natürlich unwillkürlich geschwächt." (Lesen, Brettspiel, Vorlesen gestern umsonst versucht; am ruhigsten, wenn Beaufsichtigung vom Nebenzimmer aus.) Als der Pat. jetzt ein Buch gereicht wird, sieht sie hinein, wirft es aber, als Ref. kurz darauf



hinausgeht, schon aus dem Bett zu Boden. Schreibt gegen Mittag auf einem Briefumschlag an ihren Sohn (zittrig, undeutlicher als sonst, Linien nicht ganz gerade; richtige Adresse; vgl. hiermit und mit dem folgenden die Aufzeichnung der Pat., S. 550—551, und ihre Ergänzungen am 24. 5. S. 552): „Fahre gleich nach F. (wo er ist, und wohin auch der Brief adressiert ist) zu Deinem Hauptmann und bitte ihn um Rat, da Du niemand hättest. Kannst Du nicht bleiben, bitte Onkel N. in L. bei F. um seinen Rat und lerne Landwirtschaft, er soll Dir eine Stellung zum Lernen besorgen, später wird es dann anders. Du tust mir so schrecklich leid mein armes Kind und sie lassen Dich nicht zu mir, damit wir alles besprechen können, ich werde auch heute in eine Irrenanstalt gebracht, so wird man langsam dahingebracht, wenn wir uns heute nicht wiedersehen, werden wir's wohl nimmer. In treuer Liebe Deine Mutter. — Laß Dir auch noch Geld geben, es ist da. — Versuchs auch hineinzukommen."

Nachm. 5 Uhr im Bade: „Ich habe doch gehört, daß der Ludwig (Sohn) hier ist, und von Rechts wegen, gebe ich ja zu, vertrüge es sich doch besser mit seiner Ehre, wenn er sich eine Kugel durch den Kopf schießt, aber er ist doch gar nicht so schuldig, und ich habe ja schon aufgeschrieben, daß er zum Hauptmann fahren soll. Und von Ihrem Standpunkt halten Sie es doch auch dafür, daß er nicht ganz seine volle Gesundheit hat, und da könnten sie ihm doch auch so etwas ausstellen, so ein Zeugnis, wie für mich auch. Alle die Quakelei ist doch mehr ein Zufall, was da in E. passiert ist. Und dann würden Sie wohl auch für ein sicheres Fortkommen zum Bahnhof sorgen können. Ach, dann hätte ich doch auch eine ruhige Stunde mal wieder! Ach, es ist ja nicht ganz richtig, das; das weiß ich. — Ach Gott, Sie sollten ihm doch nur eine Stube geben, es regt mich so auf, auf dem Korridor, ich versteh's ja auch nicht, und geben Sie ihm doch auch reichlich Geld mit, es soll Ihnen kein Schaden daraus erwachsen, wenn das alles ordentlich aufgeschrieben wird und — [Hören Sie wieder viel?] Na, das ist ja verschieden doch, z. B. heute nach Tisch oben, da war es ja ganz ruhig oben und ordentlich, es ist ja nur so, wo der Schall zu mir herüber kommt. [Im Bade?] Ja, ich glaube, ich habe richtig gehört alles. Ich war ja auch infolgedessen so furchtbar in Aufregung, das sage ich ganz offen. Wenn er ihnen in die Finger fiele, da würde er ja ganz in Stücke gerissen. Dafür müssen Sie schon sorgen. Kann er nicht in den Krankenwagen hineinkommen mit, in dem ich fahre?" Scheint durch die Erklärung, daß dem Sohn keine Gefahr drohe, und daß zu Haus alles gut stehe, beruhigter, „dann ist's ja gut", aber doch nicht ganz überzeugt, „ich habs aber doch gehört", „helfen Sie ihm nur fort!" — Urin von der Nacht 350 ccm; klar; 1,029; kein Eiweiß, kein Zucker.

16. 4. Hatte schon gestern vorm. davon gesprochen, daß ihr Sohn in hölzerne Ketten gelegt sei wegen eines dummen Streiches; der Landrat verberge ihn jetzt und habe mit Pat. gesprochen und ihr guten Mut gemacht, bei ihm könne dem Sohn nichts geschehen. Aber wo nun mit



diesem hin? Am besten in die Irrenanstalt, in die Pat. kommen solle. Gestern nachmittag: man müsse die Vögel verhindern zu pfeifen, denn dadurch höre sie immer ihren Sohn pfeifen und zwar so gräßliche Melodien. Mittags und nachmittags nicht viel gegessen. Habe Hunger, könne aber das Essen nicht herunterwürgen, habe zuviel durchgemacht in diesen Tagen; was sie und ihr Sohn gelitten, könne man gar nicht sagen. Gegen Abend sprach Pat. öfters in gereizter Weise, was der Arzt gesagt, glaube sie nicht; sie wisse genau, daß es andres sei, habe es doch gehört und wisse daher, was hier vorgehe, höre doch auch jetzt die Ihrigen, man könne ihr doch also nichts vormachen. Schlief in der Nacht mehr, wenn auch mit vielen Unterbrechungen, zuckte im Schlaf öfters zusammen. Heute Puls 72. Hat ein Journal vor. „[Noch Angst?] Ach ne, heute geht es ja wieder. [Wie kam das gestern? Hörten und sahen Sie ihren Sohn?] Natürlich hörte ich ihn, und einmal hörte ich auch seine Schritte, da guckte ich aus dem Fenster, und da sah ich ihn da vorbeigehen, sonst habe ich ihn immer nur gehört.“ Sie sei fest überzeugt davon, daß sie ihn gehört und das eine Mal auch gesehen habe. „[Auch heute gehört?] Nein, nein, nun habe ich das ja auch rausgemerkt, daß er gestern bloß bis Z. gekommen ist, da hat ihn denn sein eigner Onkel totgeschossen. [Heute sonst Stimmen gehört?] Nein, nein. [Sohn lebt. Wollen ihm schreiben und um Antwort bitten, damit Pat. sich selbst überzeugt; sie möge seine Adresse sagen.] Er ist ja nicht hingekommen, er wollte ja nach F. fahren zu seinem Regiment. Sonst ist es ja auch gut so. Wenn ich nur wüßte, was mit seiner Leiche geschehen ist. Denn mein Schwager war ja gestern abend noch da, der ist ja auch die Nacht hier geblieben mit meinem anderen Schwager zusammen. [Den Schwager heute gehört?] Nein, heute habe ich nichts gehört; d. h., es war mir so, ganz weit entfernt, daß das seine Stimme war. Aber gestern abend habe ich ihn ganz deutlich gehört, da habe ich ihn ja auch hier stehen sehn. [Im Zimmer?] Nein, ich guckte so um die Ecke durch die Tür, da sah ich ihn dort stehn (vgl. S. 552 unter d. 24. 5.) und hörte ihn ja auch sprechen da. [Heute nicht?] Nein, nein, heute gar nicht.“ Auf Aufforderung, an Sohn oder Mann zu schreiben: das werde sie nicht tun, das sei ja doch umsonst. Aber an ihre Schwägerin, die sei ja gar nicht mehr gekommen. „Bin ich denn überhaupt noch in dem Zehlendorf in Berlin, wo meine Schwägerin mich besucht hat?“ Hatte vorher die Pflegerin fortgewiesen, die solle ihr nicht so nahe kommen, das schade ihr (der Pat.); sprach dann von Elektrizität und elektrischen Drähten, als ob diese von der Pfleg. ausgingen. Ruhig, als die Pflegerin sich vor die Tür setzte. Erwähnte dem Ref. als Grund für die Annahme, daß alle tot seien, auch dies, daß sie keine Briefe erhalten, und daß auch die Schwägerin in den letzten Tagen nicht gekommen sei. Als sie hörte, daß Ref. letztere gebeten, einige Tage nicht zu kommen: der Besuch hätte ihr auch nicht geschadet; sie müsse doch denken, wenn niemand sich um sie kümmere, daß etwas Schlimmes

passiert sei. Schreibt an die Schwägerin und an eine Freundin kurz um Besuch, datiert vom 23. 4., aber Schrift gut, keine zittrigen Linien. Schrift nach Aussage der Schwägerin wie aus gesunder Zeit. — Nachturin 580 ccm, klar; 1,016; kein Eiweiß.

17. 4. Sprach gestern vormittag noch davon, daß im gegenüberliegenden Zimmer ihre beiden Schwäger wohnten; sie habe sie ja am Abend vorher gesehen; ob die schon ausgeschlafen hätten? Immer freier. Nachmittags sprach Pat. nur vom Baden und von hiesigen Verhältnissen, Frühjahrsreinmachen usw., nichts mehr vom Tod der Ihrigen oder dem hiesigen Aufenthalt derselben. Ließ sich vorlesen, las dann selbst. Schlief abends 9—11 Uhr, ließ dann Licht aufdrehen, weil sie Angstgefühl habe, aus dem Schlaf geschreckt sei, schlief anscheinend wieder von 12—5 Uhr, später nochmals. Kein Zusammenzucken im Schlaf beobachtet. Hatte gestern gut gegessen. T. 37,1° (stets ohne Fieber gewesen), Puls 94. „Ja, geschlafen habe ich, nur so vor 12 kam etwas Unruhe, die ging aber bald wieder vorüber." Zunge nicht belegt, zittert fast gar nicht; auch Hände viel weniger. Täuschungen nicht mehr, scheint keine genaue Erinnerung daran zu haben, als sie danach gefragt wird. Dann aber auf die Frage, ob sie noch glaube, daß sie das alles wirklich gehört, unsicher: „Na, das weiß ich doch nicht so sicher." Nachturin 540 ccm, klar; 1,023; kein Eiweiß.

18. 4. Gestern auch weiterhin nichts von Täuschungen. Nachmittags Besuch der Schwägerin. Nachher: sei beruhigt, habe bis jetzt doch gedacht, die Ihrigen seien tot, habe sich schon ganz damit abgefunden, zur Schwägerin ziehen zu müssen. Auch daß hier die Pflegerin nachts ihr Bett elektrisch gehoben habe, sei ihr bisher glaubhaft gewesen, und sie habe immer geglaubt, schon eine Woche weiter zu sein. Leidlich gegessen und mit Unterbrechungen nachts geschlafen. Puls 72, weich. Habe in der Nacht einmal Angstgefühl gehabt, aber ganz allgemein ohne besondren Gegenstand. Jetzt nicht. Höre nicht mehr Stimmen. Beruhigt über die Ihrigen, namentlich nach Brief des Mannes (heute morgen). Großes Schwächegefühl. Zittern der Zunge ganz, des Gesichts und der Hände fast ganz vorüber. Kniereflexe bdsts. schwach. Liegt ganz ruhig. Liest manchmal. Nachmittags Brief an ihren Mann (richtig datiert): „..... Heute früh erhielt ich Deinen lieben Brief und danke Dir für alle guten Nachrichten. Ich war wohl acht Tage sehr krank, habe unter entsetzlichen Träumen gelitten und kann auch jetzt keinen Übergang von damals zu jetzt finden. Gestern war auch ...... ein Stündchen hier und bestätigte mir, daß Ihr alle lebtet, ich hatte mich schon damit abgefunden, daß Bertha und ich allein übrig geblieben, der schreckliche R. trieb Ludwig in den Tod. Ich schlafe noch immer wenig, nachts sehr unruhig und voll Angst, ich werde ja immer einen Tag auf den andren vertröstet, liege auch noch immer im Bett. Viele treue Grüße ....." — Nachturin 400 ccm, klar; 1,023; kein Eiweiß, kein Zucker — Körpergewicht: 58 kg.

19. 4. Nur abends gebadet zwei Stunden. Dabei sehr behaglich.



Bald eingeschlafen; nach zwei Stunden mit Angst aufgewacht; habe wieder das Gefühl, als werde sie in Stücken zerrissen, wie sie es auch sonst schon gehabt. Es mußte Licht gemacht werden, damit sie sah, daß nichts Besonderes im Zimmer war. Dann ruhig gelegen. Heute Puls 80. Dies sei schon die dritte Nacht, wo sie um Mitternacht aufgewacht sei mit dem Gefühl, „als sollte ich in Stücke zerrissen werden, daß ich die Füße fest anstemme oder gegenstemme aus Furcht. Dann rufe ich, und dann geht es bald vorüber"; „als wenn an mir herumgezerrt wird: ja, ich möchte sagen, ich fühle das so von außen", „Füße und Hände ganz fest angepreßt, die Füße ans Bett und die Hände aneinander, so ein Angstgefühl und Unruhe; in ½ St. geht es dann vorüber." Habe vorher nicht geträumt. „Daß ich richtig sagen kann: ich habe jetzt geschlafen, das kann ich überhaupt nicht sagen. Aber mir war es gestern den ganzen Tag sehr gut gegangen, ich habe gelesen usw." Beim Gefühl des Zerrissenwerdens ein Kribbeln, kein Schmerz, „ein Gefühl: wenn ich mich jetzt nicht dagegen wehre, dann kommt's." Nachher habe sie wohl manchmal im Halbschlaf, jedenfalls nur unruhig gelegen, „na, ein Stündchen mag ich ja dann eingeschlafen sein, das kann ich ja nicht sagen". Nachturin 840 ccm, klar; 1,015; kein Eiweiß.

20. 4. Leidlich. Nach ½stündigem Besuch der Schwägerin: das greife sie doch noch sehr an, das könne sie noch nicht ertragen. Nach Bad bis 12 Uhr geschlafen, dann aufgewacht, aber ohne Angst und ohne zu rufen. Gegen Morgen noch geschlafen. Gut gegessen.

21. 4. Besuch ihrer Pflegemutter. Klagte bei Tage mehrmals, nun halte sie es im Bett nicht mehr aus und sei doch noch so schwach. Geschlafen 10—12 und 1—½7 Uhr. Habe um 12 Uhr Angst gehabt, aber ruhig gelegen.

22. 4. Vorm. über Blumensendung erfreut; nachm. verstimmt. Habe auf Wunsch des Arztes ein Loch gestopft, das habe sie angegriffen Dann wieder: es sei langweilig; warum sie noch nicht an Geselligkeit teilnehmen dürfe? Nachts erst 3 Uhr eingeschlafen, aber ohne Angst.

23. 4. Sehr gern draußen in der Hängematte. Kaffee in Geselligkeit getrunken. ¼ Std. spazieren. Nacht „recht gut"; um 11 Uhr nach der Pflegerin gerufen, weil Angst. Aber als Licht gemacht, wieder eingeschlafen.

24. 4. Freundlich, aber alle Glieder wie zerschlagen, ganz matt. Nicht spazieren, könne nicht. Nacht gut.

25. 4. Nachm. und nachts Schmerzen im r. Arm, sei in der Nacht vom heftigen Reißen aufgewacht, sonst aber gut geschlafen. Aber auch nach gutem Schlaf wache sie stets matt und abgespannt auf.

28. 4. Nach guten Tagen gestern ärgerlich und gereizt, daß sie mit einer Pflegerin, statt wie bisher mit der Oberin, spazieren gehen sollte. Tat es nicht, ging nur um das Haus herum. Klagte auch, daß bei ihrem Herkommen ihre Sachen gezählt worden sind; das sei doch dazu angetan,



jemanden aufzuregen. Sie brauche das nicht, sei nicht so krank. Diese Nacht ohne Bad geschlafen. Körpergewicht: 59 kg.

1. 5. Ging mit der Pflegerin und anderen Pat. spazieren (sie hatte der Schwägerin noch vor wenigen Tagen viel über hier geklagt und erklärt, daß sie das nie tun würde), war vorher, nachdem sie dem Wunsche des Arztes zugestimmt, rot und stumm, nachher ganz gesprächig. Nacht geschlafen. Muskelzucken im Gesicht heute wieder recht lebhaft, namentlich im r. orbic. oculi.

4. 5. Schlaf, Appetit und Stimmung gut. Besuch des Gatten. Macht jetzt gern Handarbeit. Erzählte, zum Veronal sei sie gekommen infolge der vielen Gedanken, die sie sich um das Familienunglück machte.

6. 5. Besuch des Gatten. Machte mit ihm aus, bis Ende des Monats hier zu bleiben. Sehr guter Stimmung. — Körpergewicht: 60,5 kg.

9. 5. Vergnügt. Starkes Augenplinken, auch sonst Zucken der Gesichtmuskeln, besonders der Stirn. Erzählte, wenn jemand etwas sage, was mit ihren Delirien Zusammenhang habe, dann möchte sie sagen: ja wohl, das habe ich auch gesehen oder gehört, und dann falle ihr erst ein, daß das ja in der Krankheit gewesen sei.

11. 5. Spielte Klavier, dann sehr roter Kopf. Klagte Schmerzen im r. Arm.

16. 5. Hat der Schwägerin, die Pat. öfters besucht, seit dem Besuch des Mannes nicht mehr geklagt. Hat auch uns gegenüber, abgesehen vom r. Arm, keine Klagen, ist munter, voll Interessen. Beim Klavierspiel allmählich weniger rot, wohl aber oft plötzlich während des Gesprächs. Gibt über die Vergangenheit anscheinend ganz unbefangen Auskunft. Habe früher gelegentlich einmal wegen Schlaflosigkeit ein Morphiumpulver genommen, aber nur selten. Seit 6½ Jahren aber regelmäßig Veronal. Damals habe sie wegen der Scheidungsangelegenheit ihrer Tochter viel Erregung und Sorge gehabt, sei fast ganz schlaflos geworden, und da habe ihr ein bekannter Herr geraten, 1½ Tabletten Veronal zu nehmen, was er täglich tue; Gefahr sei nicht dabei. Sie habe das getan und wie eine Tote geschlafen, deshalb sei sie bald auf 1 Tablette (0,5) heruntergegangen. Dabei sei sie etwa 3 Jahre geblieben (tgl. 0,5), habe gut geschlafen, morgens keine Beschwerden gehabt, sich tagüber frisch gefühlt und durchaus wohl befunden. Dann sei sie auf 1½ Tabletten gestiegen und dabei etwa 2½ Jahre geblieben, von da ab 1½—2 Tabletten, 2 Tabletten namentlich, wenn sie ausgewesen oder mehr gesprochen. Doch seien auch 2½—3 Tabletten vorgekommen. Bei Tage oder in der Nacht habe sie nichts genommen. Einmal — es mögen 2½ Jahre her sein — habe Pat. auf Wunsch ihres Gatten, der alles vom Veronal ableitete, wenn sie mal nicht wohl oder reizbar war, 3 Wochen nichts genommen, aber in dieser Zeit gar nicht geschlafen, ganz elend geworden, bis sie wieder zum Veronal überging oder vielmehr zum Medinal in gleicher Dosis, weil sie Veronal nicht mehr ohne Rezept bekam und ein Arzt ihr trotz



anfänglichen Abratens schließlich auf ihr Drängen Medinal verschrieb, das wenigstens immer noch besser als Veronal sei. Sie nahm hiervon bis zu 3 Tabletten. Medinal wirkte schneller. Dazwischen nahm Pat. ab und zu auch Veronal, wovon sie noch von früher Vorrat besaß. Bis vor kurzem fühlte sie sich dabei immer wohl, nie benommen, hatte nie Ausschlag oder sonstige Störung. Erst im letzten Jahr nach schwerer Krankheit der Tochter, über die Pat. sich sehr erregte, fühlte Pat. sich oft angegriffen, verstimmt, reizbar, hatte nicht mehr Lust zu irgend etwas. Verstimmung und Beschwerden nahmen zu und waren zuletzt recht stark. Als nun auch die Reise nach dem Süden im Februar und März, auf die Pat. große Hoffnung gesetzt, nichts änderte, ihr auch da alles gleichgültig war, sie keine Freude hatte wie früher, entschloß sie sich rasch zum Sanatorium, denn sie sah ein, es mußte sein. — Wein und Bier habe sie nie vertragen, habe danach nie geschlafen, sondern sei nur erregt danach geworden und lebhaft. Seit etwa 3 Jahren habe sie daher kaum etwas getrunken, höchstens, wenn sie in Gesellschaft war, mal ein halbes Glas; Likör gar nicht seit vielen Jahren, weil sie danach gar nicht habe schlafen können. Dagegen habe sie nachm. gern zwei Tassen starken Kaffee getrunken, weil sie nach der halbstündigen Mittagruhe sich meist matt und abgespannt gefühlt habe bis zum Kaffee. Tee gar nicht getrunken. Geschwitzt habe sie schon als Mädchen nicht, statt dessen sei sie stets sehr leicht und sehr stark rot und heiß im Gesicht und Kopf geworden, so regelmäßig, wenn sie mehr gesprochen, Klavier gespielt, sonst etwas mit Eifer getan habe (dies leichte Erröten von der Schwägerin bestätigt). Sie erinnere sich nur, daß sie als junge Frau beim Plätten geschwitzt; die Plättstube sei ungewönhlich heiß gewesen, und da seien ihr wohl mal Rücken und Oberarme feucht geworden, mehr auch da nicht, dagegen der Kopf so rot, daß es ängstlich aussah. Später habe sie nicht mehr mitgeplättet. — Jetzt seien ihr die scheinbaren Erlebnisse der kranken Zeit noch so deutlich in Erinnerung und so lebendig, daß sie das mit der Wirklichkeit leicht mal verwechseln könne. Als neulich vom Gesang der Tochter des Ref. die Rede war, hätte sie beinahe gesagt: Die habe ich auch schon singen hören, weil sie in der kranken Zeit die Kinder der hiesigen Ärzte so wunderschön habe singen hören (vgl. S. 532 unter d. 10. 4.); gerade, als sie das aussprechen wollte, erkannte sie noch zur rechten Zeit, daß das ja unter die Täuschungen gehörte. Und so gehe es ihr öfters. Sie habe schon neulich ihrem Mann gesagt, dessen Bruder (= R. im Brief S. 545) möchte sie vorläufig nicht sehen, weil der sich in ihren Traumerlebnissen so scheußlich benommen habe und sie den hieraus erwachsenen Unwillen trotz besserer Erkenntnis noch nicht überwinden könne.

18. 5. Schmerzen im Arm besser, dagegen jetzt im Nacken. Schlief auch bei Tage im Freien. Nächte gut.

19. 5. Gestern Besuch von vier Damen. Das sei doch etwas viel gewesen. Auch jene empfanden, daß Pat. aufgeregter als sonst sei. Nachts einmal aufgewacht.



20. 5. Wundere sich, daß sie seit der Entziehung nie mehr das Gefühl der Mattigkeit habe. Dagegen jetzt wieder häufiger starke Rötung des Gesichts, was eine Zeitlang zurückgetreten war. Erst um 11 Uhr eingeschlafen.

21. 5. Vielfach roter Kopf. Das Blut schieße ihr immer hinein, das sei schon mal besser gewesen. Nachts erst 3 Uhr eingeschlafen, dann gut bis 7 Uhr. Beschäftigt sich fleißig. Puls 84. Habe mit 46 Jahren ihr Unwohlsein verloren, nachdem es vorher schon monatelang ausgeblieben (zuerst mit 44 J.). Im ersten Jahr der Menopause sei häufig das Blut plötzlich ohne Veranlassung in den Kopf geströmt, sogar manchmal so, daß kalter Schweiß auf der Stirn entstand. Die letzten Jahre sei das aber ausgeblieben und erst jetzt seit 1½ Wochen wieder aufgetreten. Am roten Kopf habe sie ja schon immer gelitten, schon als kleines Mädchen, und leide auch jetzt daran, sobald sie etwas lebhaft werde. Was sie jetzt meine, sei aber etwas anderes; es trete auf, wenn sie nichts spreche, nichts denke, nichts tue. Unangenehm sei beides, aber hier sei das Gefühl des Vollseins stärker, sie fühle die Adern anschwellen, sogar in den Händen. Das Unwohlsein habe sie mit 12 Jahren bekommen, während ihre Schwester, die immer bleichsüchtig gewesen und an Gehirntuberkeln im 15. Jahre gestorben sei, es überhaupt nicht bekommen habe. Ihr Vater sei 68 Jahre alt an Lungenentzündung gestorben; ihre Mutter sei immer sehr zart gewesen und habe durch Erkältung schon in den 30er Jahren ihr Unwohlsein verloren, habe in ihren letzten Jahren viel an Erbrechen und Aushusten von Blut gelitten, doch solle die Lunge ganz gesund gewesen sein; im Winter habe sie immer gelegen und im Sommer sich erholt, sei mit 49 Jahren gestorben an zunehmenden Blutungen und Schwäche.

22. 5. Morgens nach dem Erwachen starke Schmerzen im r. Arm (liege nachts stets auf der r. Seite), die aber in wenigen Minuten sehr viel besser werden und im Verlauf des Vormittags ganz verschwinden. Gute Stimmung. Puls 72. Bauchreflex nicht deutlich; Radialisreflex nicht deutlich; Kniereflex nur mit Jendrassik und auch da schwach. Beide Arme gleich kräftig. Erklärt den früheren Unterschied damit, daß sie jetzt beide Arme benütze und daher geübt sei, während sie vor ihrer Erkrankung zuletzt nur die l. Hand benutzt habe. Habe zuletzt kaum noch geschrieben, weil ihre Schrift so unleserlich war und sie sich deshalb genierte. Die Angehörigen hätten schon gewußt, daß das Befinden der Pat. aus ihrer Handschrift zu erkennen war. War sie angegriffen, so konnte niemand die Schrift lesen; ging es ihr gut, so war auch die Handschrift gut. So sei das seit zwei Jahren gewesen. Stellt aber nicht in Abrede, daß auch die Unsicherheit in Bewegungen und das Zittern Einfluß auf die Handschrift gehabt haben möge. Auch Handarbeit sei ihr in den letzten Jahren schwer gefallen, während sie sie früher sehr gern gemacht habe und auch jetzt ohne Anstrengung mache. — Sie habe in den Delirien alles mit der größten Deutlichkeit wahrgenommen; alle



Situationen wechselten, nur zuletzt blieb der Zusammenhang bestehen mit dem Schicksal ihres Sohnes; es war eigentlich alles schrecklich, aber ungemein deutlich, so daß sie sich auch der Einzelheiten erinnere. Z. B. stehe ihr noch lebhaft vor Augen, wie die Gestalten aus dem Schrank heraustiegen.

23. 5. Schrieb gestern auf Wunsch des Ref. von ihren Erinnerungen auf, wolle aber nicht mehr schreiben, weil sie sich zu sehr dabei aufrege. Sie habe ja so viel erlebt mit allen möglichen Personen. Heute früh Schmerzen im Nacken und r. Arm, obwohl sie diesmal mit Willen nicht auf der r. Seite gelegen. Puls 78. Kopf und Rücken nirgends druckschmerzhaft, auch die unteren Lendenwirbel nicht. Ebensowenig Schulter und Arm r., abgesehen von geringem Schmerz bei stärkerem Druck auf den Deltoides. Zunge gerade heraus ohne Zittern, nicht belegt. Händezittern ganz gering. Übergibt das Schriftstück; mehr habe sie nicht aufgeschrieben, weil sie doch Erregung gespürt: nicht Angst, mehr Mitleid mit sich selbst. Wisse viel mehr, habe nur rasch niedergeschrieben, was ihr gerade einfiel.

Die Aufzeichnung betrifft den 15. April und lautet: „Mein jüngster Sohn Ludwig war nach glänzend bestandenem Abiturientenexamen in ein Regiment eingetreten, glücklich, dies Ziel erreicht zu haben, und voller Hoffnungen für die Zukunft. Da tauchten im Regiment Gerüchte auf, daß mein Mann infolge verschwenderischen Lebens sein ganzes Vermögen verloren habe und, da er sich dem unmäßigen Genuß von Veronal hingegeben hatte (vgl. S. 541 unter d. 15. 4.), auch seine Lebensstellung. Der Oberst teilte dies meinem Sohne mit, und er kehrte nach Hause zurück, gänzlich gebrochen und mit dem Bestreben, Gewisses über diese Gerüchte zu erfahren. Hier fand er niemand, da mein Mann in die weite Welt gegangen, ich in einem Sanatorium untergebracht war und seine Geschwister, wie ein großer Teil seiner Verwandten sich das Leben genommen hatten. Von meinem Schwiegersohn und einem Schwager, die von der nächsten Familie am Leben geblieben, aber ebenfalls ihr ganzes Vermögen verloren hatten, wurde er aufs Unfreundlichste empfangen, da sie die Verpflichtung zu haben glaubten, nun, obgleich sie selbst nichts hatten, für ihn sorgen zu müssen. Da suchte er mich, die ich in einem Sanatorium in E., unmittelbar neben der Wohnung des uns bekannten Landrats, war (vgl. S. 542 u. 552), auf — ich hörte ihn sprechen und gehen, doch wurde uns ein Wiedersehen verweigert, so sehr ich auch darum bat (vgl. S. 542). Der Landrat nahm sich seiner mitleidig an, gab dem gänzlich Ausgehungerten zu essen und versuchte ihn zu trösten. Inzwischen hatten verschiedene Familien aus A., die sich unserer Familie plötzlich feindlich gegenüberstellten, von Ludwigs Rückkehr und seinem Aufenthalt beim Landrat gehört, sie kamen im Automobil nach E. und veranstalteten eine Art Gottesgericht, trotzdem ich, die ich hiervon hörte, dies mit dem Hinweis, daß wir doch nicht mehr im Mittelalter lebten, zu verhindern



suchte. Ludwig, der gänzlich Unschuldige, der sich stets durch Fleiß und tadellose Führung im Kadettenkorps ausgezeichnet, sollte für das wilde Leben seiner Angehörigen büßen, es sollte ihm unmöglich gemacht werden, des Königs Rock zu tragen. Allen voran hetzte der A.er Arzt, dessen Sohn der Spielgefährte Ludwigs gewesen. Dieser, da er nicht nach Oberprima versetzt war, wollte auch die Offizierslaufbahn einschlagen, fand aber kein Regiment zum Eintreten und nun zieh der Vater Ludwig der Unkameradschaftlichkeit, da er kein passendes Regiment ihm vorgeschlagen. Es war schrecklich, wie der arme Junge litt, als ihm alle möglichen Sünden und Vergehen seiner Eltern und Angehörigen öffentlich vorgeworfen wurden, ebenso aber auch ich, weil ich dies mit anhören mußte, wußte, das alles erdichtet und erlogen war und ihm dies nicht sagen konnte, da mir immer wieder ein Sprechen mit ihm verwehrt wurde. Zum Schluß kam auch noch mein Schwager und bezichtigte ihn der Ehrlosigkeit, da er geliehenes Geld, das Ludwig glaubte von ihm geschenkt erhalten zu haben, nicht zurückerstattet hatte. Da wurde ihm das Leben abgesprochen und Jeder, der ihn traf, durfte ihm dieses nehmen. Er sowohl wie ich wußten, daß die Ehre ihm gebot, sich selbst durch eine Kugel zu töten, doch war der Wunsch, noch zu leben, so groß in ihm, daß er zu fliehen versuchte, aber nur bis in das Sanatorium kam, da er bereits überall verfolgt wurde. Auch mir war es furchtbar, dies junge hoffnungsvolle Leben so enden zu sehen, — ich schrieb ihm auf einem Couvert, da ich kein anderes Papier hatte, daß er sich seinem Hauptmann oder einem in der Nähe von F. wohnenden Onkel anvertrauen solle und flehte zugleich Herrn San.-Rat Dr. *Laehr* an, ihm bei seiner Flucht behilflich zu sein und ihn vorläufig auf seine Fürsprache hin in eine Irrenanstalt, wohin ich auch zu kommen glaubte, zu schicken. In Verkleidung und mit Hilfe von Herrn Dr. *Hohlfeld* kam er ungesehen in die Bahn — ich glaubte ihn gerettet, da kam die Nachricht, daß mein Schwager ihn in Z. im Zuge erkannt, ihn hinausgezerrt und gegenüber dem .... Schlosse selbst erschossen habe. Am Abend hörte ich dann noch meinen Schwager und Schwiegersohn in das Sanatorium kommen — er wollte, wie ich ihn sagen hörte, mir die Uhr und einige Papiere meines Sohnes bringen. — Entsetzt von so viel Roheit und Schlechtigkeit der Menschen und gänzlich gebrochen von dem Gedanken, daß mir nichts von meinem früheren Glück geblieben, da auch mein Mann sich inzwischen das Leben genommen hatte, beschloß ich, nie wieder nach A. zurückzukehren, sondern nach meiner Genesung vorläufig auf Reisen zu gehen und mir dann irgendwo ein neues Heim zu gründen."

24. 5. Gestern nachm. durch Besuch ihres Sohnes sehr erfreut. Bei Vortrag und Teeabend bis zuletzt frisch und interessiert. Nacht sehr gut. Erläutert ihren schriftlichen Bericht auf Befragen: Ihr Sohn habe wirklich ein sehr gutes Abiturientenexamen gemacht und sei, nachdem er in N. nicht angekommen, in F. als Avantageur eingetreten. Für die dann



folgenden Phantasieerlebnisse finde sie keinen Anhalt in ihrer Erinnerung, abgesehen davon, daß sie seit einigen Jahren mit dem Arzt in A. nicht mehr verkehrten (daß die Söhne auch jetzt miteinander freundschaftlich verkehrten, sei richtig), während sie mit den übrigen A.er Familien in gutem Einvernehmen ständen; aber weder Selbstmorde noch Verarmungen seien in der Familie oder bei Bekannten vorgekommen, auch habe sie ihres Wissens nichts Derartiges in letzter Zeit gelesen oder gehört, was ihr stärkeren Eindruck machte, ebenso gehe es ihr mit dem Gottesgericht. Aber Selbstmorde hätten in ihren Phantasien ja auch vorher schon eine große Rolle gespielt, indem fast alle Personen, die in diesem letzten Zusammenhang vorkamen, sich schon in den Träumen der vorhergehenden Tage das Leben genommen hatten, so auch ihr Gatte und ihr Sohn. Ihrem Schriftstück könne sie noch viele Einzelheiten hinzufügen, so denke sie z. B. eben, daß sie während der ganzen Erlebnisse, die ihren Sohn betrafen, sehr oft Glockenklänge gehört habe, die die Verfolger einander gaben. Als sie freier wurde, habe sie erkannt, daß die Anstaltuhr den gleichen Klang hatte, wie jene Glockenzeichen, und daß sie deren Schläge offenbar als Glockenzeichen aufgefaßt habe. Um das Sanatorium wären elektrische Vorrichtungen gewesen, die jeden Eintretenden festgehalten hätten — sie wisse gar nicht, ob es derartiges gebe —, die hätten auch ihren Sohn, ihren Schwager und ihren Schwiegersohn festgehalten, und der Nachtwächter habe sie dann befreien müssen. Das alles habe sie durch die Stimmen erfahren und so die Entwicklung miterlebt. Gehört habe sie die Stimmen meist durch das Fenster, gesehen einmal deutlich ihren Schwager (vgl. S. 544) im Mantel, als sie ihn durch den Korridor vor ihrem Zimmer gehen hörte und nun, einen Fuß aus dem Bett setzend, durch die offene Tür hinaussah; er sei in das dem ihrigen gegenüberliegende Zimmer gegangen, und sie habe daher geglaubt, daß er dort logiere. Wiederholt habe sie auf der Zimmerwand Inschriften gesehen, so eine mit roter Schrift: „Das Opfer ist Ludwig von X.“ (der Sohn heißt Ludwig X., das „von“ gehört der Phantasie an). Auf die Frage, ob der Landrat schon lange Geheimrat sei (vgl. S. 541 u. 542 unter d. 14. 4.), stutzt Pat. und wird unsicher. Nach kurzer Überlegung: die Landräte würden gewöhnlich nach 25 Jahren Geheimrat, dieser sei aber noch jung und nicht lange im Amt, er könne noch nicht Geheimrat sein — nein, jetzt wisse sie auch, daß er es nicht sei. Weshalb sie ihn in der Phantasie dazu gemacht habe, sei ihr ganz unklar. Übrigens versichert Pat., darüber ganz klar zu sein, daß sie den Zusammenhang der im Schriftstück wiedergegebenen Erlebnisse nicht erst nachträglich hineingebracht habe. Die Orte — Zehlendorf und E. — seien öfters ineinander geflossen, ein Sanatorium in E. existiere gar nicht. Sehr deutliche Gesichtstäuschungen habe Pat. auch in Verbindung mit dem Schrank in ihrem Zimmer gehabt, aber außer Zusammenhang mit den späteren Erlebnissen. Sie habe im Schrank einen Taschenspieler gehört, der allerlei Bilder und Szenen von



Vorgängen auf die Zimmerdecke projizierte (in der Nacht zum 11. 4., s. S. 536), die habe sie ganz deutlich gesehen, und dann sei er selbst oben durch die Schrankdecke hervorgekommen, bald mit dem Kopf, bald mit dem Oberleib, bald in ganzer Figur (ganz deutlich zu sehen), dazwischen sei er auch wiederholt durch den Boden des Schranks und durch die Dielen in die Tiefe gefahren, das habe sie aber natürlich nur gehört und nicht sehen können. Das sei ihr aber alles ängstlich gewesen, am schlimmsten aber zuletzt, als der Taschenspieler von oben mit einer Pistole auf sie losgefahren sei und die Pistole auf sie abgeschossen habe; sie habe den Schuß deutlich aufblitzen sehen. Dann sei der Mann wieder zurück und durch die Schrankdecke in den Schrank und weiter in die Tiefe gefahren. Auf die Frage, ob sie nicht mehrere Personen im Schrank gehört habe, da sie einmal (s. S. 535 unter 11. 4.) von mehreren gesprochen: das sei früher gewesen, da habe sie mehrere Leutnants, Freunde ihres Sohnes, im Schranke gehört, die hätten nicht herausgekonnt. Das sei aber ein Erlebnis für sich gewesen, daran erinnere sie sich lange nicht so deutlich wie an die der letzten Tage.

25. 5. Mit dem Sohne eine vierstündige Partie nach Potsdam. Kam frisch und angeregt zurück. Nacht gut. Stuhlgang stets regelmäßig.

26. 5. Gute Stimmung. Röte auch bei längerem Sprechen nicht mehr in früherer Weise. Puls 72. Der Stuhlgang sei auch früher meist in Ordnung gewesen, verzögert nur nach Anstrengungen, wie langem Gehen, Ausfahrten u. dgl. — Ein Herr von Berg (vgl. S. 533 unter d. 10. 4.), eine Bahnstation B. (vgl. S. 534 unter d. 10. 4.), ein San.-Rat Bürger (vgl. S. 537 unter d. 11. 4.) sind Pat. ganz unbekannt, und sie erinnert sich nicht, daß sie in ihren Phantasien vorgekommen. Marie (s. S. 537) sei der Name einer Freundin, doch erinnert Pat. sich nicht, daß diese in den Delirien vorgekommen ist. Der Gedanke an das Schaltjahr (s. S. 533) sei ihr, so albern dies auch klinge, immer etwas unheimlich gewesen, auch in gesunden Tagen; Tod der Mutter, des Vaters, der Schwester, die Scheidung der Tochter und manches andre sei gerade im Schaltjahr erfolgt. Die Phantasien von der Entbindung der andren Tochter möchten vielleicht an die Erlebnisse der Pat. vor 2 Jahren anknüpfen, doch erinnere sie sich an diese Traumerlebnisse weniger. Dagegen sei ihr gut im Gedächtnis, daß sie im Bade allerlei Substanzen oder Elektrizität vermutet habe, weil das Wasser Kribbeln und Brennen in der Haut hervorrief; sie habe auch bis jetzt gedacht, daß etwas Besondres drin gewesen, und würde das künftig stets behauptet haben, müsse mir ja aber glauben, daß es einfache Wasserbäder gewesen. Daß elektrische Kräfte in der Badestube und in ihrem Zimmer wirksam gewesen, habe sie an den feinen Stäubchen erkannt, die durch die Luft flogen, und wenn sie in der Nähe der elektrischen Lampe vorbeiging, habe sie die Elektrizität an besonderen Empfindungen um die Augen gespürt und daran, daß ihre Haare angezogen wurden, sie sei deshalb immer möglichst rasch daran vorbeigegangen. Auch in

der Waschschüssel in ihrem Zimmer seien Blasen aufgestiegen und habe es geknackt. Erinnere sich nur dunkel, daß ihr Sohn über einen See geritten sei (vgl. S. 538 unter d. 12. 4); sie habe sich noch gesagt: das ist unmöglich, kann aber Näheres nicht angeben, auch nicht, weshalb er hinübergeritten sei. Dagegen entsinne sie sich, daß sie eine hiesige Pflegerin (vgl. S. 534 unter d. 10. 4.) (damals als Hausmädchen von ihr angesehen) für eine Bekannte und zugleich für die Braut ihres Sohnes (für den die Bekannte jedoch viel zu alt sei) gehalten habe; jetzt sehe sie, daß die Pflegerin gar keine Ähnlichkeit mit dieser Dame habe. Auch die hiesige Oberin Frl. B. habe sie als Stütze ihrer Tochter angesehen, bei der sie sich damals zu befinden glaubte.

27. 5. Kniereflexe nur mit Jendrassik. Trizeps-, Radialis-, Bauchreflexe nicht zu erzielen. Zucken im Gesicht noch öfters bei ärztlichem Besuch, gestern auch stark, als Pat. in der Kirche gewesen und mit der Predigt unzufrieden war. Sonst jetzt kaum noch bemerkt. Erinnert sich gar nicht, von einer Tasse Worte abgelesen zu haben; überhaupt habe sie sich schon gefragt, wovon sie eigentlich in der kranken Zeit gelebt habe, da sie sich gar nicht entsinne, während derselben je gegessen zu haben. Auch daß sie aus dem Briefe andres vorgelesen, als wirklich darin stand, entsinnt sie sich nicht (vgl. S. 539 unter d. 13. 5.).

3. 6. Stimmung, Schlaf, Appetit sehr gut. Gewicht 62,7 kg. Entlassen.

Es handelt sich also um eine stets lebhafte und deprimierenden Gefühlen leicht zugängliche, jetzt 53jährige Dame, die etwa ½ Jahr nach Eintritt der Menopause wegen Schlaflosigkeit, die im Anschluß an ein erregendes Familienereignis eingetreten war, vor 6½ Jahren Veronal genommen und dies seitdem — von etwa einem Monat abgesehen — regelmäßig abends verbraucht hat, von 0,5 bis zuletzt 1,5 (Medinal[1])) steigend. Wahrscheinlich hat sie seit ihrer Aufnahme

[1]) Veronal $\left(= {C_2H_5 \atop C_2H_5} \!>\! C \!<\! {CO-NH \atop CO-NH} \!>\! CO\right)$ unterscheidet sich von Medinal $\left(= {C_2H_5 \atop C_2H_5} \!>\! C \!<\! {CO-NNa \atop CO-NH} \!>\! CO\right)$ in der Wirkung nur dadurch, daß das Medinal, in welchem ein H des Veronals durch Na ersetzt ist, in gleicher Dosis nur 90% der Veronalwirkung hat. Im übrigen wirkt das schwerer lösliche Veronal im allgemeinen etwas später, was hier nicht in Betracht kommt. Da nun das Medinal im sauer reagierenden Magen in Veronal übergeführt wird, um sich erst im Darm wieder in Medinal umzusetzen, und ebenso das als solches eingenommene Veronal sich im Darm in Medinal umsetzt und als solches im Blute kreist, hat für die Beurteilung des vorliegenden Falles der Unterschied zwischen Veronal und Medinal keine Bedeutung.



am 3. April, sicher seit dem Abend des 6. April[1]) kein Veronal oder Medinal mehr genommen. Die nächsten Tage ist sie reizbar, verstimmt, unzufrieden, hört in der Nacht zum 8. April verdächtige Geräusche, als ob Jemand gestorben, spricht am 8. April davon, daß dem Bade Quecksilber zugesetzt sei, und vermutet in ihrem Zimmer Schwefel und Phosphor, hört aber noch beim Vorlesen aufmerksam zu. In der Nacht zum 9. April setzen dann im Anschluß an einen wirklich gehörten Schrei traumhafte Delirien ein, namentlich mit Gehörs-, aber auch mit Gesichtstäuschungen zunächst elementarer Art (Flimmern vor den Augen, besonders nachts). Anfangs handelt es sich um wechselnde, aber unter sich zusammenhängende, wesentlich auf Gehörstäuschungen beruhende Wahnerlebnisse, die die Kranke zwar wegen ihrer Sonderbarkeit zeitweis beunruhigen, aber sie und ihre Familie nichts angehen. Später schwindet der Zusammenhang mehr, Visionen treten zahlreich auf und übernehmen z. T. die Hauptrolle. Pat. ist nicht völlig desorientiert, bleibt für wirkliche Eindrücke empfänglich, kann sich aber nicht zurechtfinden und bezeichnet selbst den Zustand als „wüstes Chaos". Dabei besteht in ihrer Intensität wechselnde Unruhe und zeitweis deutliches Beschäftigungsdelir. Am 12. und 13. April haben diese Erscheinungen ihre größte Höhe erreicht. Dann wird Pat. äußerlich ruhiger, die jetzt wieder fast ganz an Gehörstäuschungen geknüpften und in ein die Pat. aufs nächste berührendes Erlebnis zusammenfließenden traumhaften Delirien dauern aber noch bis zum 16. April an. An diesem Tage verlieren sich die Sinnestäuschungen ziemlich plötzlich, auch

[1]) Am Abend des 4. April wurden zwei Veronalgläser im Besitz der Pat. gefunden, die aber unberührt waren (s. S. 530, unter 5. 4.). Genaue Durchsuchungen in den nächsten Tagen und von da ab in größeren Zwischenräumen waren stets ergebnislos. Daß die sehr verständige Schwägerin bei ihrem Besuch am 6. April (s. S. 531 unter 7. 4.) der Pat. kein Medikament zugesteckt hat, halte ich für ganz sicher. Die nach dem Besuch besonders gute Stimmung der Kranken,, die darauf hindeuten könnte, erklärt sich dadurch, daß die Stimmung schon vorher freundlicher geworden war und nun durch den Besuch ein Wunsch der Pat. erfüllt wurde, auf dessen Erfüllung sie kaum gehofft hatte; ihr war nämlich nach der Abreise des Gatten gesagt worden, sie werde nun voraussichtlich in der nächsten Zeit keinen Besuch haben dürfen. Auch wurde während des abendlichen Bades in den Sachen und im Zimmer der Pat. nichts Verdächtiges gefunden.

der Inhalt der Delirien wird der Hauptsache nach noch am selben Tage korrigiert, während Einzelheiten noch länger festgehalten werden und nachwirken. In mehreren Nächten tritt noch um Mitternacht nach anfänglichem Schlafe Angst auf, die aber nie bis zu einer Stunde andauert und durch Andrehen des Lichts abgekürzt wird. Im übrigen erfolgt rasch Genesung.

Neben diesen psychischen gehen körperliche Krankheiterscheinungen einher. Seitens des Gefäßsystems von Anfang an mehr oder weniger starke Rötung des Kopfes und auf der Höhe der Erkrankung beschleunigter, kräftiger Puls; die Frequenz steigt von 72 Schlägen (am 6. April) auf 116 (am 12. April), sinkt dann zugleich mit dem Absinken der psychischen Krankheiterscheinungen rasch ab und hält sich vom 14. April ab zwischen 70 und 88. Fieber besteht nie. Der Urin enthält auf der Höhe der Erkrankung (am 13. April) etwas Eiweiß ohne Zylinder. Die Nahrungaufnahme ist wechselnd, aber nie dauernd schlecht, die Zunge nie belegt, der Stuhlgang, der in der Zeit vor der Aufnahme bisweilen träge gewesen war, jetzt durchaus regelmäßig. Das Gewicht, das am 4. April 58,2 kg beträgt, sinkt bis zum 13. April auf 57 kg, ist aber am 18. April schon wieder auf 58 kg gestiegen und nimmt von da ab weiter zu (6. Mai: 60,5; 30. Mai: 62,7 kg). Der Schlaf ist erst wechselnd, setzt dann vom 9. April ab fast ganz aus (nur am 10. April nachm. ein wenig Schlaf), und erst am 13. April nachmittags schläft Pat. 1½ Std., in der folgenden Nacht (nach 0,01 Morph., dem einzigen Mittel, das während der ganzen Zeit gereicht wurde) ¼ Std., in der Nacht zum 15. April 2 Stunden. Dann aber bessert sich der Schlaf verhältnismäßig rasch. Die Motilität ist im ganzen wenig gestört. Wohl nimmt entsprechend den sonstigen Erscheinungen das Zittern an Stärke und Umkreis zu, Muskelunruhe und Zucken ist zeitweis recht stark, aber Pat. kann für den Augenblick Kraft anwenden und täglich, wenn auch immer nur ganz kurze Entfernungen, aufrecht und flink gehen, auch zweimal täglich ungestützt die Treppe zum Bade hinunter- und hinaufsteigen. Am 14. April schreibt sie durchaus deutlich, wenn auch mit zitternden Buchstaben, und schon am 16. April gut wie in gesunden Tagen, obwohl sie in der letzten Zeit zu Hause „infolge rheumatischer Schmerzen im r. Arm“ nicht mehr leserlich hatte schreiben können. Zucken im Gesicht,



besonders im r. orbic. ocul., fällt noch spät in der Rekonvaleszenz öfters auf. Die Sehnenreflexe sind auf der Höhe der Erkrankung und z. T. noch lange nachher aufgehoben. Der Kniereflex ist am 4. April vorhanden, fehlt später (am 11. April, wo die Muskeln allerdings nicht recht schlaff wurden), ist aber bereits am 15. April im r. Bein deutlich und am 22. Mai beiderseits, wenn auch nur mit Jendrassik, zu erzielen. Der Trizepsreflex fehlt am 4. April am r. Arm, am 27. Mai beiderseits. Der Radialisreflex ist am 4. April beiderseits gesteigert, am 22. Mai als nicht deutlich und am 27. Mai als nicht vorhanden angegeben. Bauchreflexe fehlen vor- wie nachher. Die „rheumatischen" Schmerzen im r. Arm, die vor der Entziehung lebhaft waren, sind während derselben verschwunden und treten erst spät und in mäßiger Stärke wieder auf. Zuletzt bestehen sie nur des Morgens nach dem Erwachen minutenlang. Sonstige Schmerzen fehlen. Druckschmerz wird vor der Erkrankung über dem letzten Lendenwirbel gefunden, nachher (23. Mai) nicht mehr. Parästhesien der Hautnerven (Brennen und Kribbeln im Bade, besondere Empfindungen um die Augen und an den Haaren in der Nähe der elektrischen Lampen) waren zeitweis jedenfalls vorhanden; ob sie auch das Beschäftigungsdelir unterstützten, bleibt fraglich.

Während Fälle akuter Veronalvergiftung häufig beschrieben sind, habe ich in der Literatur nur 8 Fälle von Veronalismus gefunden. Bei fast allen läßt sich eine gewisse Disposition nachweisen. Der 58jährige Kranke, über den *Laudenheimer* [1]) berichtet (I), war langjähriger Morphinist, *Hoppes* [2]) 26jähriger Pat. (II) Neuropath und Alkoholiker; über den Fall von *Sendenheimer* (III) kann ich in Beziehung auf Disposition nichts aussagen [3]); *Höftmanns* [4]) beide Kranke (IV u. V) waren hochgradig nervös, die eine davon (V) frühere Morphinistin; die 23jährige Kranke von *Kreß* [5]) (VI) litt an Hysteria gravis, die 37jährige

---

[1]) *R. Laudenheimer,* Notiz über gewohnheitsmäßigen Mißbrauch des Veronals (Veronalismus). Therapie d. Gegenwart, 1904, S. 47.

[2]) *Hoppe,* Ein Fall von chronischem Veronalismus. Vortrag vom 6. II. 05. D. med. Wchnschr. 1905, S. 971.

[3]) Der Fall von *Sendenheimer* wird von *Hoppe* angeführt, ich habe die Originalmitteilung nicht aufgefunden.

[4]) *Höftmann,* Diskussionsbemerkung zum Vortrag *Hoppe.* Ebenda.

[5]) *Kreß,* Veronalismus. Therapeut. Monatshefte, 1905, S. 467.



Kranke *Dobrschanskys* [1]) (VII) an Dem. praecox; *Steinitz* [2]) gibt über seine 68jährige Pat. (VIII) nur an, daß sie wegen Emphysems mit Schlaflosigkeit Veronal nahm, hier bestand aber besonders große Empfänglichkeit für Veronalwirkung, da Pat. gleich das erste Mal und ebenso weiterhin nach 0,5 auffallend lange und tief schlief und am nächsten Tage wie betrunken war und keinen Gedanken fassen konnte. — Nur im Falle VII handelt es sich um ärztlich angeordneten und überwachten Veronalgebrauch, während in den übrigen Fällen — abgesehen von III, über den ich nichts angeben kann — das Veronal, meist nach anfänglicher ärztlicher Verordnung, weiterhin eigenmächtig genommen wurde.

Die Dauer des Veronalgebrauchs war im Falle VI etwa ein Jahr, bei VII und VIII etwa ½ Jahr, bei I 2 Monate, bei II weniger. In den übrigen 3 Fällen ist die Dauer ungewiß, kann aber nicht über 1 ½ Jahr ausmachen, da die Mitteilungen aus dem Februar 1905 stammen und das Veronal erst 1903 als Medikament eingeführt worden ist.

Die Menge des täglich genossenen Veronals belief sich im Falle I auf durchschnittlich über 4,0 (250,0 in 2 Monaten), II und V hatten tägl. 2,0—3,0, VI zunächst 0,5, später bis 2,0, VII gleichmäßig 0,5 und VIII 0,25 bis 0,5 tägl. genommen. Über II kann ich nichts angeben.

Die Erscheinungen sind — abgesehen von Fall VII — nicht so von einander abweichend, als wohl angenommen worden ist [3]). Im Falle I bestand, während der Kranke das Veronal nahm, gleichgültig heitere und behagliche Stimmung, die Phantasie war wenig angeregt, die körperliche und geistige Leistungfähigkeit (im Gegensatz zur Morphiumwirkung) nie gesteigert, vielmehr fiel dem Pat. Denken und zumal Schreiben schwerer. Beim Gehen taumelte er wie ein Betrunkener und fiel öfters auf der Treppe hin, so daß er bei seiner Umgebung für einen Trinker galt, zumal auch die Hände stark zitterten und die Sprache zuweilen lallend war; starrer Blick, die Wangen oft flammend rot (Verf. sah auch in einigen anderen Fällen vorübergehende Kongestivzustände nach Veronalgebrauch). Fester Schlaf trat bei Tage nicht ein, doch duselte Pat., sobald er längere Zeit ruhig sitzen mußte. Appetit nie gestört. Auffallend spärliche Urinsekretion während des Veronalgebrauchs (nur einmal tägl. etwa ¼ Ltr.): doch litt Pat. schon länger an Harnröhrenfistel und Cystitis. Als Pat. sein Veronal verbraucht hatte und nur noch die ärztlich verordnete Dosis (jeden 2. Abend 0,5) nahm, zeigte sich weder Veronalhunger noch Abstinenzerscheinungen, doch ist dazu zu bemerken, daß er Morphium in

[1]) *M. Dobrschansky*. Einiges über Malonal. Wiener med. Presse. 1906, S. 2146.

[2]) *Steinitz*. Zur Symptomatologie der akuten Veronalvergiftungen. Ther. d. Gegenw. 1908, S. 203.

[3]) *Rosendorff*. Über einen Fall von Veronalvergiftung. Berl. klin. Wchenschr., 1910, S. 934.



hohen Dosen weiter brauchte. — II lag Vorm. in tiefem Schlaf, aus dem er kaum zu erwecken war, ging Nachm. ins Geschäft, hielt sich aber nur durch 8—10 Tassen starken Kaffees und starkes Rauchen aufrecht und machte wiederholt den Eindruck eines Berauschten. — Bei III bestand motorische Unruhe und Schwäche, dauernder rauschartiger Zustand und Euphorie. — IV und V boten neben starker psychischer Erregung eine eigentümlich schleppende oder lallende, etwas stotternde Sprache, V auch Selbstmordtrieb. Beide machten andauernd den Eindruck von Trunkenen. — VI zeigte lebhafte depressive Erregtheit (doch war diese hysterische Kranke schon vorher zeitweise unruhig aufgeregt gewesen und hatte depressive Gedanken und Weinkrämpfe gehabt), starke motorische Unruhe, leichte Verwirrtheit, Taumeln, das aber bei Nichtbeachtung für energisch gewollte Aktionen erheblich nachließ; auch in Briefen taumelnde, flüchtige Schriftzüge; Sehnenreflexe gesteigert, Pup.-Refl. intakt, lebhafter tremor der Finger. Nachts sehr unruhiger Schlaf. Nahrungaufnahme befriedigend, zeitweis Übelkeit und Erbrechen; Stuhlgang nur auf Klysma, dann aber normal (schon vor dem Veronalgebrauch Widerwille gegen Speisen, ructus hyst., stete Stuhlträgheit). Prämenstruelle Steigerung der ängstlichen Unruhe und Schlaflosigkeit (auch früher Steigerung der Erscheinungen während der Menses), die nach 4 Tagen vorüberging und episodische Verwirrtheit und Unorientiertheit stärker hervortreten ließ. In Gegenwart des Verf.s ziemlich klar antwortend, rafft sich Pat. sichtlich zusammen; dann wieder verwirrt, will in Hemd und Mantel spazieren gehen. Am Tage darauf sichtliche Verschlechterung des Allgemeinbefindens: Verwirrtheit und stärkere Bewußtseinstörung wechseln mit klaren, 5—10 Min. währenden Episoden voll unbestimmter Angst; nach 2 Stunden setzen Krampfanfälle ein, und es erfolgt der Tod im status epilepticus. Im Nachttisch wurde eine größere Anzahl geleerter Pulverhüllen gefunden. — VII zeigte während des Veronalgebrauchs neben wahnhaft bedingter, zeitweiliger Nahrungverweigerung, regellosem Erbrechen und Kolikschmerzen im Epigastrium ohne objektiven Befund eine konstante, anfänglich langsame, später rapide Abnahme des Körpergewichts (von 72 auf 48,5 kg) und eine damit Hand in Hand gehende zunehmende Anämie, zuletzt auch burgunderrote Verfärbung des Harns, bedingt durch reichliche Mengen von Hämatoporphyrin und Urobilin, die 14 Tage nach Aussetzen des Veronals völlig verschwunden waren. Auch nach dem Aussetzen blieb Pat. appetitlos und anämisch, doch das Erbrechen wurde seltener, die Leibschmerzen schwanden fast, das Körpergewicht blieb stationär. — VIII war einige Wochen hindurch andauernd ziemlich wirr, vergeßlich, sah schlecht und bekam zuletzt heftig juckenden Ausschlag. Sie ließ nun das Veronal fort. 2 Tage darauf fand Verf. intensives, durchaus scharlachähnliches Exanthem am ganzen Körper; T. 38,2; Puls 100, regelm. und leidlich kräftig; Pup. etwas eng und verzogen, reag. deutlich; Konj.- und Kornealrefl. sehr herabgesetzt, Rachenrefl. fehlt; Sehnenrefl. gesteigert; Sensorium



etwas benommen, Pat. reagiert auf Fragen, jedoch langsam; sehr schwer besinnlich, zeitlich und örtlich mangelhaft orientiert, Gedächtnis und Merkfähigkeit erheblich gestört, sucht nach Worten, Silbenstolpern; motor. Kraft gering, zeitweis Zittern am ganzen Körper, bei Bewegungen Zittern der Hände, Beben des Unterkiefers. Sensibilität für Berührung und Schmerz etwas abgestumpft. Nachts starke Unruhe (Morph.-Inj.). Urin spärlich und konzentriert, spontan entleert. 3 Tage später blaßt das Exanthem unter Abschuppung ab, T. normal, Kornealreflex lebhafter, Sensorium etwas aufgehellt, nachts keine erhebliche Unruhe mehr; Urinsekretion etwa normal. Allmählich weitere Besserung, aber noch 18 Tage nach Aussetzen des Veronals bei der Entlassung Pup. etwas eng u. verzogen, Gedächtnis u. Merkfähigkeit beeinträchtigt, Silbenstolpern vorhanden, Zittern noch häufig, wenn auch viel schwächer; Gang unsicher.

Die Fälle I bis V ergeben ein ziemlich einheitliches Bild; wenn in Fall I Taumeln und Zittern, lallende Sprache, starrer Blick, Erschwerung des Denkens, euphorische Stimmung aufgeführt werden, so stimmt damit gut die zusammenfassende Angabe über die anderen Fälle überein, daß Pat. den Eindruck eines Trunkenen machte oder sich in einem rauschartigen Zustand befand. Daß in IV und V statt ruhiger, euphorischer Stimmung psychische Erregung, in V auch Selbstmordtrieb bestand, ist wohl weniger auf Rechnung des Veronals, als der schon vorher bestehenden hochgradigen Nervosität zu setzen. Anders steht es mit Fall VII, wo als Folge des Veronalgebrauchs starke Gewichtabnahme und Anämie, zuletzt auch Hämatoporphyrinurie angegeben sind. Da aber der Kranke (Dem. praecox!) zeitweilig infolge von Wahnideen die Nahrung verweigerte und an regellosem Erbrechen und Kolikschmerzen litt, möchte ich nur die Hämatoporphyrinurie, die nach Aussetzen des Mittels in 14 Tagen verschwand, als seltene Veronalwirkung ansprechen [1]), während Gewichtabnahme und Anämie wohl von den Begleiterscheinungen abhingen, zumal auch nach dem Aussetzen des Mittels das Körpergewicht auf seinem niedrigen Stande verblieb und Appetitlosigkeit und Anämie fortbestanden. Dagegen zeigen Fall VI und VIII wieder die aus den ersten 5 Fällen bekannten Erscheinungen, nur in stärkerer Ausbildung; Verwirrtheit, Unorientiertheit und zeitweis starke Unruhe treten hervor, dazu quantitative Abweichungen und Fehlen der Reflexe. Aber während bei VIII Benommenheit und Schwerbesinnlichkeit vorherrscht, kommt es im Fall VI bei der schon früher depressiv erregten Hysterica zu lebhafter Angst, es besteht also ein ähnliches Verhältnis wie bei V; der Tod im Status epilepticus scheint dann durch akute Veronalvergiftung (worauf wenigstens die nachher gefundenen leeren Pulverhüllen hindeuten) auf dem Boden der chronischen Veronalvergiftung hervorgerufen zu sein. Das fieberhafte Exanthem in VIII gehört, wenn es auch bei akuten Veronal-

[1]) Sie wird auch von *Mary E. Martin* erwähnt: A Case of Veronal poisoning. Brit. med. J. 1910, II, S. 457.



vergiftungen öfters angeführt wird [1]), zu den ungewöhnlicheren Folgen des Veronals und muß zum größeren Teile auf Prädisposition zurückgeführt werden, und ob die engen verzogenen Pupillen im gleichen Falle, die noch beim Abgang der Pat. beobachtet wurden, überhaupt etwas mit dem Veronal zu tun hatten, bleibt wenigstens fraglich. Eher dürfte die Sehstörung, die auch bei akuten Veronalvergiftungen mehrmals beschrieben ist [2]), mit dem Veronalgebrauch zusammenhängen.

Neben den positiven Erscheinungen des Veronalismus ist aber auch das Fehlen von Störungen namentlich von Seiten des Herzens und der Verdauungsorgane wichtig. Wohl hat bei akuter Veronalvergiftung *v. Embden* [3]) eine bei der Autopsie nicht mehr nachweisbare gewaltige Herzdilatation und *M. Senator* [4]) Oppressionsgefühl, Präkordialangst und kleinen, jagenden, arhythmischen Puls beobachtet, anderen [5]) ist Erbrechen in Verbindung mit schweren, urämieartigen Erscheinungen vorgekommen, sonst aber wird überall die Unschädlichkeit des Veronals für die Zirkulations- und Verdauungsorgane hervorgehoben. Dies gilt auch für den Veronalismus, wie die oben aus der Literatur angeführten Fälle zeigen. Denn daß die Magendarmstörungen der Hysterica von *Kreß* (Fall VI) und des Dem. praecox-Kranken von *Dobrschansky* (Fall VII) dem Veronal nicht zur Last gelegt werden können, ergibt sich daraus, daß ähnliche schon vor dem Gebrauch des Mittels bestanden hatten, und die flammend roten Wangen im Fall I, die *Laudenheimer* auch sonst und ebenso andre Beobachter bei akuter Veronalvergiftung gesehen haben, sind harmloser Art und stets ohne üble Folgen geblieben.

Daß nun auch die Erkrankung der Frau X. *auf dem Boden des chronischen Veronalgebrauchs* entstanden ist, dürfte keinem Zweifel begegnen. Die Muskelunruhe und das Zittern, das den psychischen Krankheiterscheinungen entsprechend sich verstärkt und mit ihnen heruntergeht, sowie das Verhalten der Reflexe stimmt zu dem Bilde des Veronalismus, das sich aus der Literatur ergeben hat, ebenso die lallende (s. 4. IV) oder anstoßende (s. 6. IV) Sprache, die glänzenden Augen (s. 4. IV) in den ersten Tagen des hiesigen Aufenthalts. Auch besondere Erscheinungen, wie die zeit-

[1]) Derartige Fälle führt *Schepelmann* an: Seekrankheit u. Veronal. Therap. Mon.-Hefte 1910, S. 681.

[2]) Fall 2 und 4 von *Steinitz* l. c.; Doppelsehen bei *H. Neumann*: Veronalvergiftung u. Glykosurie, Berl. klin. Wchnschr. 1908.

[3]) *v. Embden*, Bericht über einen Fall von Veronalvergiftung. Münch. med. Wchnschr. 1908, S. 1050.

[4]) *M. Senator*, Eine Beobachtung über Zirkulationsstörungen durch Veronal. Deutsche med. Wchnschr. 1904.

[5]) S. *Schepelmann* l. c.



weise sehr starke Rötung des Kopfes und die Erschwerung des Schreibens (s. S. 549 unter 22. 5.), die Möglichkeit, für kurze Zeit sich zusammenzuraffen, sind in anderen Fällen (II, VI) gleichfalls beobachtet worden. Dagegen gehen die Erscheinungen, die sich vom 8. IV ab, also erst einige Tage nach dem Fortfall des Veronals, bei unserer Kranken namentlich auf der psychischen Seite entwickeln, weit über die dagegen verhältnismäßig einfachen Störungen hinaus, welche die Literatur darbot, und zeigen während des Höhestadiums eine große Ähnlichkeit mit dem Delirium potatorum: zahlreiche Sinnestäuschungen, darunter auch solche der Lageempfindungen (Aufheben des Bettes, vgl. S. 545 unter d. 18. April), die Verkennung der Umgebung, die Situationsänderungen teils in chaotischem Gewirr, teils in zusammenhängenden Wahnerlebnissen, die weiter durch Kombination ergänzt werden, die Möglichkeit, die Kranke vorübergehend auf wirkliche Eindrücke einzustellen, aber auch durch leichten Druck auf die geschlossenen Augen Gesichtstäuschungen hervorzurufen, das Nebeneinandergehen und Ineinanderfließen von Wirklichkeit und wahnhaften Vorgängen, das Schwanken in der örtlichen Orientierung, die Beschäftigungsdelirien, die vorherrschende Unruhe und Angst und dann wieder auf der Höhe schrecklicher Wahnerlebnisse der unnatürliche Gleichmut. Ich verweise hierfür auf den 11. bis 13. April (S. 536—540).

Trotz dieser Ähnlichkeit kann an Alkoholdelirium nicht gedacht werden. Frau X hat nach den allseitig übereinstimmenden Angaben Alkohol weder in größeren Gaben noch gewohnheitmäßig getrunken, und zudem unterscheidet sich ihr Delirium doch auch in manchen Zügen vom Delirium der Alkoholiker. Vor allem möchte ich hier das Fehlen von Störungen im Verdauungskanal hervorheben. Die Zunge war nie belegt, die Nahrungaufnahme nur ganz vorübergehend beeinträchtigt, der Stuhlgang regelmäßig, die Gewichtabnahme dementsprechend verhältnismäßig gering. Auch von seiten der Kreislauforgane fehlten bedenkliche Erscheinungen, die Herztätigkeit war regelmäßig und zeigte nur am Tage, als die Akme überwunden war (14. April), größere Frequenzschwankungen, der Puls war gerade auf dem Höhestadium voll und ward erst in der Rekonvaleszenz weich. Auf psychischem Gebiet fallen die zusammenhängenden, romanhaften Traumerlebnisse ängstlichen Inhalts, die noch dazu vorwiegend in



Gehörstäuschungen und kombinatorischer Ergänzung derselben verlaufen, aus dem Rahmen des alkoholischen Deliriums heraus. Dagegen erinnern sie sehr an den halluzinatorischen Wahnsinn der Trinker, auch darin, daß Pat. das Ganze nur als gewissermaßen unbeteiligte Hörerin durchmacht. Ein gewisser Unterschied scheint mir jedoch darin zu liegen, daß in allen diesen Wahnerlebnissen die Pat. persönlich gar nicht bedroht ist, und daß es sich teilweis überhaupt nicht um Beeinträchtigungswahn handelt. So gleich das wahnhafte Erlebnis in der hiesigen Anstalt zu Beginn der Erkrankung in der Nacht zum 9. April (S. 531—532), ferner die Gesellschaft im Hause mit dem Singen der Kinder am 9. April (S. 532 u. 548), die telephonische Mitteilung über die Entbindung der Tochter (S. 537 unter d. 11. April). Auch den letzten schreckenvollen Roman (S. 542—544 unter dem 15. u. 16. April) durchlebt Pat. in persönlicher Sicherheit, und die allgemeine Aufmerksamkeit und wilde Verfolgung richtet sich nicht gegen sie, sondern gegen ihren Sohn. Wäre dies nur eine Episode und Pat. wenigstens gelegentlich selbst Objekt der Verfolgung, so würde ich nichts Besonderes darin sehen, so aber scheint mir auch diese Eigentümlichkeit von der gewöhnlichen Alkoholhalluzinose ein wenig abzuweichen.

Sind nun die Besonderheiten, die den vorliegenden Fall von den akuten Alkoholpsychosen unterscheiden, auf das Veronal oder auf persönliche Anlage zurückzuführen? An letztere zu denken, werden wir um so mehr geneigt sein, als wir um sie auch dann nicht herumkommen, wenn wir nach einer Ursache für das Zustandekommen des dauernden Veronalgebrauchs und weiter für das Auftreten der Veronalpsychose suchen. Frau X. ist psychopathisch veranlagt in der Richtung erleichterter Gefühlserregung und des Hanges zu Klagen und Unzufriedenheit. Dies macht sich schon vor dem Veronalgebrauch bemerklich und kann sogar als dessen Voraussetzung betrachtet werden: Pat. wird durch die Gemütserregung während der Ehescheidung ihrer Tochter so angegriffen, daß schwere Schlaflosigkeit eintritt und Anlaß zum dauernden Veronalgebrauch gibt. Und ebenso kann die gleiche Veranlagung als ein Faktor für den Eintritt der Psychose angesehen werden. Wir werden ja im Anschluß an die Vorstellungen, die sich über die Gelegenheitsursachen des alkoholischen Deliriums herausgebildet haben, in unserem Fall nicht nur die Ent-



ziehung des Veronals, sondern auch den Anstaltaufenthalt zu berücksichtigen haben, der die Pat. aus ihrer gewohnten Umgebung reißt und sie einer sie erregenden Behandlung aussetzt. Ich denke an die Durchsuchung ihrer Sachen, die um so peinlicher wirken muß, als Pat. noch zwei Gläser Veronal im Handschuhkasten verborgen weiß, an das Fortnehmen des Geldes und der Schere, an die der Pat. unsympathische Bettruhe, an das allgemeine Sich-fügen-sollen. Ist das alles auch an sich nicht so schlimm, so haben wir es hier doch eben mit einer Pat. zu tun, die von Natur zu stärkeren und in besonderem Maße zu depressiven Gefühlen neigt, und die zudem durch langjährigen Veronalgebrauch in letzter Zeit noch besonders reizbar geworden ist. Auf sie mag der Anstaltaufenthalt wirken wie das Gefängnis auf den Alkoholiker. Voraussetzung aber ist auch hier die besondere Veranlagung.

Auf sie könnte man nun auch die oben angeführte Eigentümlichkeit der zusammenhängenden, gehörshalluzinatorischen Delirien in unserem Falle beziehen. Nicht nur die Entstehung des chronischen Veronalgebrauchs ist der äußeren Ursache nach auf das Geschick eines Kindes zurückzuführen, sondern auch das Auftreten der ersten beschwerlichen Folgen i. J. 1911 und 1912 deren Steigerung. Jenes knüpft an die Erkrankung einer Tochter, diese an eine Enttäuschung des Sohnes an. Man könnte nun einen Zusammenhang, der in der besonderen Veranlagung der Pat. gegeben wäre, finden zwischen der Tatsache, daß nicht eigne unangenehme Erfahrungen, sondern Erregungen, die durch Schwierigkeiten oder Krankheit der Kinder vermittelt sind, den Veronalgebrauch veranlaßt und gefördert haben. und dem Umstand, daß in den Delirien die eigene Person mehr als sonst zurücktritt, und daß die Verfolgungsvorstellung, die durch die Art der Erkrankung hervorgerufen wird, sich auf den Gatten und zumal auf den Sohn projiziert, dem die zuletzt wirksamen deprimierenden Gefühle gegolten haben.

Weiter aber läßt die Veranlagung sich nicht zur Erklärung heranziehen. Als Ursache für die wesentlichen Verschiedenheiten im Verhalten der Verdauungs- und Kreislauforgane, die zwischen unsrem Fall und den typischen Alkoholpsychosen bestehen, kann nur die besondere Wirkung des Veronals herangezogen werden. Wir können aber hier auch an Bekanntes anknüpfen. Wenngleich nach ver-

breiteter Ansicht die Äthylgruppen im Veronal den Hauptanteil an seiner Wirkung auf das Nervensystem haben sollen, so ist doch die Harmlosigkeit des Veronals für die Verdauungs- und Kreislauforgane ebenso anerkannt wie die Verderblichkeit des Alkohols für dieselben. Man könnte daher schon rein theoretisch die Vermutung hegen, daß auch dann, wenn Alkoholismus und Veronalismus sehr ähnliche Wirkungen auf das Nervensystem haben sollten, die Erscheinungen an den Verdauungs- und Kreislauforganen [1]) gerade die Unterschiede zwischen ihnen aufweisen müßten, die, entsprechend den Beobachtungen über weniger andauernden Veronalgebrauch, unser Fall in der Tat herausgestellt hat.

Daß unser Fall den neueren Anschauungen über Intoxikationspsychosen sich gut einfügt, wie sie kürzlich in sehr übersichtlicher Weise *P. Schröder* [2]) dargelegt hat, brauche ich nach dem Gesagten nur anzudeuten. Gerade bei Frau X. läßt sich nachweisen, wie die in der psychopathischen Veranlagung gegebene Prädisposition zu psychischer Erkrankung durch den langjährigen Veronalgebrauch verstärkt wird und umgekehrt die Veranlagung ihrerseits zum Veronalgebrauch und zu dessen Steigerung führt, wie später der Ausbruch der Psychose und deren besondres Gepräge durch die individuelle Veranlagung der Pat. mitbestimmt wird, und wie diese Psychose nicht unmittelbare Wirkung des Giftes auf den prädisponierten Organismus sein kann. Nur auf den letzten Punkt möchte ich noch kurz eingehen.

---

[1]) Eine Besonderheit unsres Falles, die Neigung zu starker Rötung des Kopfes, ist nicht direkt auf das Veronal, sondern zunächst auf eine voraussichtlich angeborene Schwäche des Zirkulationsapparates und somit doch auch auf Veranlagung zurückzuführen. Daß aber auch die während der Psychose fast beständige starke Rötung nicht direkt mit dem Veronal zusammenhing, wie in manchen Beobachtungen über weniger andauernden Veronalgebrauch, möchte ich daraus schließen, daß sie erst nach Fortfall des Veronals stärker auftrat, mit dem Nachlaß der Krankheiterscheinungen ganz wesentlich nachließ und in vermindertem Grade zuletzt nur bei leichten Erregungen sich zeigte in der Art, wie Pat. sie auch in früheren Jahren gezeigt haben soll. — In anderen Fällen, wie denen *Laudenheimers*, scheint es sich um direkte Veronalwirkung bei disponierten Leuten gehandelt zu haben.

[2]) *P. Schröder*, Intoxikationspsychosen. Deuticke, Leipzig u. Wien, 1912 (Handbuch der Psychiatrie, hg. von *Aschaffenburg*, B, 3).



Das Veronal verschwindet in wenigen Tagen aus dem Organismus. *Fischer* und *Hoppe*[1]) fanden es nur noch 4 Tage nach dem Aussetzen des Mittels im Urin wieder, und hiermit stimmen die Versuche *C. Bachems*[2]) an Tieren überein. Dabei ist hervorzuheben, daß die Ausscheidung in rasch abnehmender Menge erfolgt, und daß am 3. und 4. Tage nur noch Spuren im Körper enthalten sind. Wenn also bei unsrer Pat. nicht nur die psychischen, sondern auch die rein nervösbedingten Erscheinungen (Muskelunruhe, Zittern und Zucken, Reflexabweichungen, Steigerung der Pulsfrequenz, Rötung des Kopfes) sich erst tagelang nach dem Fernhalten des Mittels einstellen oder verstärken, so kann dies auf „ätiologische Zwischenglieder" (*Bonhöffer*) zurückgeführt werden. Aber diese durch das Veronal hervorgerufenen Zwischenglieder bleiben hier nicht nur wirksam, nachdem die Veronalzufuhr abgeschnitten ist, sondern sie äußern ihre Wirkung gerade dann erst in steigendem Maße, nachdem direkte Folgen des Veronals, wie glänzende Augen, lallende oder anstoßende Sprache, verschwunden sind. Stände unser Fall isoliert, so würde man an unmittelbare Folge der Abstinenz denken. Heute ist man mehr geneigt, die Abstinenz als mitwirkenden Faktor ganz auszuschalten. Daß dies zu weit geht, dafür spricht auch unser Fall. Man wird hier eine Wirkung, mindestens eine mittelbare Wirkung der Veronalentziehung auf den Ausbruch der Psychose annehmen müssen. Wenn ich (S. 564 o.) ausführte, daß als ein äußerer Anlaß auch der Anstaltaufenthalt gelten könne, so darf doch nicht übersehen werden, daß er in stärkerem Maße nur durch die Verbindung mit der Abstinenz wirken konnte, da bei Fortgebrauch des Mittels Schlaf und Stimmung nicht in solchem Grade gelitten hätten. Auch haben mir die Angehörigen nachträglich angegeben, daß der Versuch der Kranken, sich zu Haus das Mittel abzugewöhnen (vgl. S. 547), hauptsächlich deshalb aufgegeben werden mußte, weil sich bedenkliche Erscheinungen auch psychischer Art, speziell delirienartige Zustände, einstellten. Wenngleich die Erscheinungen damals gewiß viel milder waren, wie dies auch dem

[1]) *Fischer* u. *Hoppe*, Das Verhalten des Veronals im menschlichen Körper. Münch. med. Wchnschr. 1909, S. 1429.

[2]) *C. Bachem*, Das Verhalten des Veronals im Tierkörper bei einmaliger u. bei chronischer Darreichung. Arch. f. exper. Pathol. Bd. 63, S. 228.

kürzeren und geringeren Veronalgebrauch (damals 4 Jahre und zuletzt 0,75 tägl., jetzt 6½ Jahre und zuletzt 1,5 tägl.) entsprechen würde, so bleibt doch bemerkenswert, daß Delirien nach Fortlassung des Veronals auch zu Hause auftraten. Dann aber k mmt dem Anstaltaufenthalt keine andere Bedeutung z ı als den Erregungen, denen Pat. auch zu Hause ausgesetzt war, und das wesentliche Moment ist in beiden Fällen der Fortfall des Veronals und die dadurch bedingte Verminderung der Widerstandfähigkeit gegen äußere Eindrücke. Diese waren Gelegenheitsursachen, die erst dann wirkten, als die aus der Veranlagung durch die „ätiologischen Zwischenglieder" und die psychischen Folgen des chronischen Veronalgebrauchs entstandene Disposition durch den Fortfall des Veronals gewissermaßen ihres letzten Schutzes beraubt und jedem Angriff preisgegeben ward.



Kleinere Mitteilungen.

Die Jahresversammlung der Vereinigung katholischer Seelsorger an deutschen Heil- und Pflegeanstalten findet am 27. August in der Heil- und Pflegeanstalt St. Vincenz zu Rottenmünster bei Rottweil (Württ.) statt. Beginn 8½ Uhr. Ref.: De absolutione conditionata (Dr. *Familler*-Regensburg); De assistentia in articulo mortis (Pf. *Simon*-Eglfing); Grundzüge für die Dienstvorschriften der Hausgeistlichen, a) an staatlichen Anstalten (Dr. *Familler*-Regensburg), b) für klösterliche Anstalten (Kapl. *Beutez*-Rottenmünster). Nachm. Besichtigung der dortigen Anstalt der Barmh. Schwestern von Untermarchtal. Am 28. August Besuch der Kgl. Württ. Heilanstalt Zwiefalten und des Klosters in Untermarchtal.

Die diesjährige (III.) öffentliche Tagung des Internationalen Vereins für medizinische Psychologie und Psychotherapie wird am 8. und 9. September in Zürich in unmittelbarem Anschluß an den Schweizer Psychiatertag und die Tagung der Internationalen Liga gegen Epilepsie stattfinden. I. Referate: 1. Das Unbewußte resp. Unterbewußte, a) Das Unbewußte (Prof. *Bleuler*), b) Der psychische Mechanismus der Wahnideen (Dr. *Hans Maier*); 2. Theorien der sensiblen Leitung, a) The peculiarities of sensibility found in coutaneous areas supplied by regenerating nerves (Dr. *Davies*), b) Conductibilité de la sensibilité (Dr. *Bertholct*); 3. Methoden und Grenzen der vergleichenden Psychologie, a) Études des phénomènes mnémiques chez les organismes inférieurs (Dr. *Bohn*-Paris), b) Die Bedeutung der neuentdeckten Zellstrukturen für die Zellphysiologie und Psychologie (Dr. *Stauffacher*-Frauenfeld), c) Methoden und Sinn der vergleichenden Psychologie (Dr. *A. Forel*). II. Vorträge: Die Psychotherapie auf der inneren Klinik (Dr. v. *Stauffenberg*-München); The relation of anxiety-neurosis to anxiety-hysterie (Dr. *Jones*-Toronto); Über das Verhalten der psychogalvanischen Reflexphänomene bei Alkoholwirkung (Dr. *Ph. Stein*-Budapest). Anmeldungen von Vorträgen an Prof. Dr. *A. Forel*, Yvorne, Kant. Waadt.

Die bisherige Filialanstalt Hördt im Elsaß ist seit dem 1. April von Stephansfeld abgetrennt worden und hat eigene Verwaltung erhalten. Sie ist jetzt gemeinsame Pflegeanstalt der drei Bezirke des Reichslandes. Die Oberaufsicht führt der Bezirkspräsident des Unterelsaß. Ferner ist das in Hördt neu errichtete feste Haus eröffnet worden, welches zur Aufnahme gefährlicher Geisteskranker aus den drei Bezirken dienen soll.

Der Reichsverband der deutschen Presse (Vorsitzender: *Marx*, Chefredakteur des „Tag") hat auf seiner Generalversammlung am 17. Juni einige Beschlüsse gefaßt, die auch für uns von Interesse sind. So soll der Vorstand dahin wirken, „daß die Gerichtsberichterstatter von Zeitungen sich der Berichterstattung über den Teil von Prozessen, in denen von sexuellen Feststellungen die Rede ist, enthalten, für den die Öffentlichkeit zwar ausgeschlossen, die Presse aber zugelassen ist". Auch sei anzustreben, daß Stimmungsbildern über derartige Prozeßverhandlungen jede sensationelle Ausschmückung ferngehalten werde. Ferner ward beschlossen, zwei Vertreter zu einer psychiatrisch - publizistischen Vertrauenskommission[1]) zu delegieren, die durch ihre Zusammensetzung die Gewähr für eine objektive Prüfung aller derjenigen Fälle der Aufnahme und Behandlung in Irrenanstalten bieten soll, welche zu öffentlicher Kritik Anlaß geben. Die Kommission soll beitragen zur Beseitigung von Mißständen und Mißverständnissen auf dem Gebiete der Irrenpflege, namentlich der Internierung usw. Mitglieder der Kommission sollen außerdem 3 Psychiater sein. Nicht ohne Bedeutung für die Berichterstattung über medizinische Kongresse ist endlich folgender Beschluß: Der Reichsverband spricht sich mit Entschiedenheit gegen die Bestrebungen aus, die freie Berichterstattung über Kongresse zu hindern und den Zeitungen die alleinige Verwendung offizieller Kongreßberichte vorzuschreiben. Er erwartet, daß jeder derartige Versuch mit völliger Einstellung der Berichterstattung über die betr. Veranstaltung beantwortet wird" (D. med. Wchnschr. Nr. 26).

Dem Verein zum Austausch der Anstaltberichte ist die gemeinsame Pflegeanstalt der drei Bezirke des Reichslandes in Hördt beigetreten.

Personalnachrichten.

Dr. *Alois Alzheimer*, ao. Professor und wissenschaftlicher Assistent an der psychiatrischen Klinik zu München, ist als o. Professor

[1]) Vgl. diese Ztschr., S. 145 dieses Jahrgangs.



und Direktor der psychiatr. und Nervenklinik nach Breslau berufen und hat die Berufung angenommen.

Dr. *Bruno Koritkowski* hat seine Privatheilanstalt für gemütskranke Herren von Groß-Lichterfelde nach Bergstücken-Neubabelsberg verlegt.

Dr. *Joh. Haberkant,* bisher Oberarzt, ist Direktor der gemeinsamen Pflegeanstalt des Reichslandes in Hördt geworden.

Dr. *Viktor Tomaschny*, Oberarzt, ist von Treptow a. R. an die neugebaute Anstalt bei Stralsund versetzt worden.

Dr. *Franz Kramer*, Priv.-Doz. in Breslau, hat den Titel Professor erhalten.

Dr. *Carl Moeli,* Prof. u. Dir. der städt. Anstalt Herzberge in Berlin-Lichtenberg, Ref. im Ministerium des Innern, ist zum Geh. Obermedizinalrat,

Dr. *Ludwig Römheld*, Direktor in Alzey, und

Dr. *Hans Dietz,* Oberarzt an der Landesanstalt Gießen, sind zu Medizinalräten,

Dr. *Wilh. Horstmann*, Dir. der Prov. Heilanstalt Stralsund, zum Sanitätsrat ernannt worden.





Am Abend des 5. September entschlief sanft in Göttingen der Geheime Medizinalrat

Professor Dr. August Cramer

im 52. Lebensjahre. 17 Jahre hat er der Universität Göttingen als Lehrer, davon 11 Jahre als o. Professor angehört. Aber wie er in dieser kurzen Zeit nach allen Richtungen gewirkt hat, das lehrt ohne Weiteres ein Blick auf das Provinzialsanatorium Rasemühle, auf die neuentstandene Klinik, auf die umgewandelte Provinzialanstalt mit den ihr neuangegliederten Instituten und, wenn wir über Göttingen hinausschauen, der Unterschied in der Bedeutung der Psychiatrie für die Provinz Hannover jetzt und vor 12 Jahren. Denn so viel Cramer rein wissenschaftlich geleistet hat, seine Begabung drängte fast mehr noch auf Betätigung in der praktischen Psychiatrie — in der er vor der Göttinger Zeit die vorzügliche Schulung August Zinns in Eberswalde durchgemacht hatte — und auf die Nutzbarmachung der psychiatrischen Wissenschaft auf weiteren Gebieten; ich erinnere nur daran, wie viel ihm die gerichtliche Psychiatrie und die Fürsorgeerziehung zu verdanken haben.

So drang Cramer, einem Eroberer vergleichbar, in raschem Ansturm nach allen Seiten vor, Erfolge und Ehren, wie sie einem Psychiater erreichbar sind, fielen ihm in verhältnismäßig frühen Jahren zu, und nach Ablehnung der Berliner Professur schien er, das Urbild männlicher Kraft und Frische, auf der Höhe seiner Leistungfähigkeit und seines Einflusses angelangt, da stand vor ihm der Allsieger Tod: eine bösartige Geschwulst zwang den kräftigen Körper in wenigen Monaten nieder. Durch eine Operation vorübergehend von seinen Beschwerden befreit, nahm Cramer noch in früherer Lebendigkeit an der Pfingstversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Kiel teil, und wenige werden geahnt haben, daß wir so bald an der Bahre des magerer und blasser gewordenen, aber noch immer starken und lebensfreudigen Mannes trauern würden.

Ein reichbegabter und tatkräftiger Mensch, ein ebenso fleißiger Arbeiter wie tüchtiger Organisator, ein hervorragender Arzt und Lehrer, ein erfolgreicher Forscher und Schriftsteller ist in ihm dahingeschieden, vor allem aber eine sieghafte und glückliche, lebensprühende Persönlichkeit, die auch Fernerstehenden unvergeßlich bleiben wird.

H. L.



Dementia paralytica bei den Eingeborenen von Java und Madura.

Von

P. C. J. van Brero,

vorm. Direktor der Staatsirrenanstalt zu Lawang (Java).

Fast alle Autoren, die über Geisteskrankheiten bei unkultivierten Rassen geschrieben haben, waren bis jetzt der Meinung, daß dort Dementia paralytica äußerst selten sei oder sogar gänzlich fehle. Die wünschenswerten Daten hierüber findet man in der wertvollen Arbeit von *Révész.*

Für die niederländisch-ostindische Inselgruppe entsprach dieser Auffassung die anscheinende Tatsache, daß die Paralyse bei den nicht-europäischen Insassen der Irrenanstalten sich sehr wenig zeigte. Diese Bevölkerung besteht aus Eingeborenen von Java, Madura und anderen weniger bekannten Inseln des Archipels und zuletzt aus fremden Orientalen, zu denen die Chinesen einen nicht unbeträchtlichen Bruchteil stellen. Es ist dies also eine sehr heterogene Menschengruppe angesichts nicht nur der Rasseneigentümlichkeiten, sondern auch der großen sozial-ökonomischen Ungleichheiten, die die Beurteilung recht erschweren.

Infolge dieser Überlegung zog ich, um das Verhältnis der Paralyse zu den übrigen Irrsinnsformen auf andere Weise festzustellen, nur die eingeborenen Geisteskranken von Java und Madura in Betracht, weil die Eingeborenen dieser beiden politisch zueinander gehörigen und am besten bekannten Inseln, trotz ihrer verschiedenen Benennung, in anthropologischer und sozial-ökonomischer Beziehung einander am nächsten stehen. Sie werden nämlich unterschieden in Sundanesen, welche den westlichen Teil Javas, in eigentliche Javaner, welche Mittel- und Ost-Java und in Maduresen, die Ost-Java und Madura bewohnen.

Noch eine zweite Überlegung beeinflußte mein Vorgehen; sie gründete sich auf der Beobachtung, daß die Sterblichkeit bei dieser organischen Psychose sich schon in den ersten manifesten Stadien der Krankheit nachdrücklich geltend macht, daß sozusagen der Tod gerade bei den inländischen Anstaltinsassen eine für die Paralyse ungünstige Auslese ausübt, wie untenstehende Tabelle ausweist, wo unter 30 Todesfällen innerhalb oder kurz nach dem ersten Halbjahre der Verpflegung, 7 Paralytiker, also beinahe 23,5%, sich befanden und von den 20 im ganzen gestorbenen Paralytikern 7, also 35%, schon innerhalb des ersten Halbjahres aus den Anstaltlisten verschwanden.

Sterbefälle bei den inländischen Insassen der Irrenanstalt Lawang von Juli 1902 bis Mai 1909.	im 1. oder kurz nach dem 1. Halbjahr	im 2. Halbjahr	im 3. Halbjahr	im 4. Halbjahr	im 5. Halbjahr	im 6. Halbjahr	Total
Amentia	11	3	4	2	3	6	29
Periodische Manie	1	2	1	—	—	—	4
Paranoia	—	—	—	—	—	1	1
Hypochondrie	—	—	—	—	—	1	1
Epilepsie	—	1	1	—	1	4	7
Idiotie	2	—	1	—	1	—	4
Dementia secundaria	9	2	3	—	2	38	54
Dementia paralytica	7	3	6	—	—	4	20
Total	30	11	16	2	7	54	120

Dies und auch der Umstand, daß damals in der Anstalt zu Buitenzorg die Krankenbewegung für eingeborene Geisteskranke nicht lebhaft war, weil die neu eröffnete Anstalt zu Lawang für diese fast ausnahmlos bestimmt war, mag wohl die Ursache sein, daß *Kraepelin* im erstgenannten Ort gar keine eingeborenen Paralytiker traf.

Es wurden also nur die einheimischen, geisteskranken Bewohner von Java und Madura und von diesen nur diejenigen, welche nicht aus anderen Irrenanstalten übernommen wurden, in Betracht gezogen.

Tabelle der von Juli 1902 bis Mai 1909 aufgenommenen, männlichen Eingeborenen Javas und Maduras (Nomenklatur und Klassifikation hauptsächlich nach *Meynert*):



	Melancholie	Manie	Amentia	Paranoia	Hypochondrie	Hysterie	Epilepsie	zirk. Psychosen	per. Melancholie	period. Manie	period. Amentia	Idiotie	Imbecillitas	Dementia secundaria	Dementia paralytica	noch nicht diagnostiziert	Total
Javaner ...	2	—	263[1][2]	6	2	—	36	2	—	68	1	9	6	101	28	10	534
Sundanesen	1	—	24[1][2]	—	1	—	—	—	—	8	—	—	—	29	4	—	67
Maduresen	—	—	23[1][2]	1	—	—	1	—	—	3	—	—	—	6	1	3	38
Total	3	—	310	7	3	—	37	2	—	79	1	9	6	136	33	13	639
Prozentisch	0,5	—	48	1,1	0,5	—	5,9	0,3	—	12	0,16	1,5	1	21,3	5	2	—

Unter den 626 von 1902—1909 in die Anstalt zu Lawang aufgenommenen einheimischen Irren befanden sich also 33 Paralytiker oder beinahe 5,3%, und zwar für die Javaner 5,4%, die Sundanesen 6%, die Maduresen 2,8%, Zahlen, welche im Vergleich mit denen der Kulturstaaten nicht hoch, aber doch nicht ganz unbeträchtlich sind, und das um so mehr, als ohne Zweifel der wirkliche Prozentgehalt höher anzuschlagen ist; erscheint doch die Zahl der sekundär Dementen (136 auf 626) noch sehr groß, was für viele eine schon seit längerer Zeit vor der Aufnahme in die Irrenanstalt bestehende Geisteskrankheit bedeutet.

Es wäre nicht undenkbar, daß auch in anderen Tropenländern höhere Ziffern sich herausstellen würden, wenn die Statistik in dieser oder ähnlicher Weise einer Prüfung unterstellt würde.

Um ein richtiges Krankheitverhältnis zu bekommen, ist unbedingt an erster Stelle nötig eine ausgiebig und leicht zugängliche Anstalt, die noch in den meisten Tropenländern vermißt wird. Übrigens sind in letzter Zeit von *Stieda* in Japan (15%), von *Sicard* in Algier (9,77%), von *Marie* in Ägypten, *Wolff* in Syrien, *Moreira* in Brasilien und *Berkley* in den Vereinigten Staaten steigende Zahlen festgestellt worden; nach dem letztgenannten Autor befällt die Paralyse die Neger in beiden Geschlechtern sogar weit häufiger als die Weißen, während sie noch vor wenigen Jahren bei ihnen fast unbekannt war.

[1]) Wobei mit Amentia cum Stupore 38 Javaner, 6 Sundanesen, 2 Maduresen.

[2]) Wobei mit Amentia transitoria 9 Javaner, 0 Sundanesen, 2 Maduresen.

Einige kurze Notizen über die Bevölkerung Javas und die Merkmale der bei diesen Kranken beobachteten Paralyse mögen hier folgen.

Die beiden Inseln, zusammen 2388 □ geographische Meilen groß, zählen 29 715 900 Eingeborene, welche, die Zentren ausgenommen, fast ausschließlich den Ackerbau treiben. Die Arbeit ist noch nicht spezialisiert, so daß der einzelne selber die Wohnung baut, größtenteils die einfachen Werkzeuge herstellt und die Frau seine Kleidung besorgt. Die Heiraten finden früh statt, können leicht gelöst und erneuert werden. Die Lebensbedingungen sind nicht drückend, und so lebt der Eingeborene, der sich den Kopf für den morgigen Tag nicht zerbricht, ohne große Sorgen und einfach, weil die Mittel zu Ausschreitungen ihm meistens fehlen. Der Gefahren eines Aufbrauches des Nervensystems sind darum auch nicht viele.

Seine Glaubenslehre ist die musulmanische, diese ist aber nur formell, im Grunde denkt er animistisch, wie seine heidnisch gebliebenen Landgenossen im Tengergebirge.

Er hat seine guten und schlechten Eigenschaften; zu den letzten gehören eine hochgradige Indolenz, auch für körperliches Leiden, und eine reizbar-schwache Auffassung von Ehrensachen.

Über Syphilis und Genußmittel verweise ich der Kürze halber auf meinen Aufsatz über die Geisteskrankheiten der Bevölkerung des malaiischen Archipels in dieser Zeitschrift Bd. 53, S. 25.

Die Symptomatologie der Paralyse ist bei den Eingeborenen nicht sehr verschieden von der bei Europäern, die Größenwahnideen werden nicht so laut und ungefragt und nicht so barock geäußert.

Die in der Anstalt beobachtete Form ist die klassische, mit Exaltation anfangend und mit Demenz endend; die demente Paralyse wird viel weniger angetroffen, wahrscheinlich kommen diese gewöhnlich harmlosen Kranken nicht zur Aufnahme. Deutlich stationäre Formen bin ich nicht in der Lage zu geben, weil mir eine genügend lange Beobachtungzeit fehlte; vermutlich werden sie aber nicht vermißt. Klare Remissionen sah ich auch nicht, jedenfalls keine langdauernde. Beim 18. Fall war eine Andeutung vorhanden, und möglicherweise waren im 20. Fall die Erscheinungen von Amentia bei der Aufnahme schon als Anfang der späteren Paralyse und die Heilung (mit Krankheiteinsicht) als Beginn einer Remission aufzufassen.

Das Prodromalstadium kommt dem Irrenarzt bei den Eingeborenen nicht zu Gesicht; auffallend ist die häufig vorkommende Neigung zu Brandstiftungen, die oft den Grund zur Aufnahme bildet.

Über die Dauer der Krankheit ist wegen der ungenügenden Daten nicht viel zu sagen; bei der Mehrzahl fiel die Psychose in das 40. bis 50. Lebensjahr; diese Lebenszeit ist indessen nur geschätzt, weil das genaue Geburtsdatum bei Eingeborenen in der übergroßen Zahl unbekannt ist.

Weder beim Weibe der polynesischen noch der gemischten Rasse fand ich Paralyse; die Bedingungen zur Entstehung der Krankheit beim weiblichen Geschlecht sind offenbar noch nicht so stark und dringlich.

Von den 27, deren Beruf bekannt ist, sind je 3 Landwirte und Taglöhner, wozu nur geringe geistige Fähigkeiten erforderlich sind; mit Ausnahme des Bettlers gehören die übrigen zu den öffentlichen, kommerziellen und industriellen Berufen, welche schon höhere intellektuelle und emotionelle Anforderungen an das Gehirn stellen. Auch hier zeigen sich also die Personen mit erhöhtem Nervenaufbrauch am meisten gefährdet.

Alkohol und die schädlichen Faktoren des Kulturlebens fallen ätiologisch in diesen Tropenländern aus, über Heredität und Syphilis läßt sich anamnestisch nichts Sicheres eruieren. Körperlich ließen sich bei 21 Kranken Zeichen von Lues feststellen, bei 1 verdächtige Symptome, bei 9 keine, und bei 2 blieb dies unbekannt. Man geht wohl nicht fehl, wenn man die Syphilis bei diesen Kranken als unbehandelt annimmt, wie dies bei fast allen einheimischen Tropenbewohnern der Fall ist. Degenerationszeichen fanden sich in 21, keine in 8 Fällen, während dies in 4 Fällen nicht bemerkt ist.

Die pathologische Anatomie bietet keine Unterschiede bei der weißen und gefärbten Rasse.

Es sollen hier die kurzen und nur oft zu mangelhaften Krankengeschichten folgen; mikroskopische Untersuchungen des Leichenmaterials konnten leider nicht angestellt werden.

1. Sundanese, Kleinhändler, 35 J., verheiratet, seit anfangs Dezember 1903 irrsinnig, 24. Februar 1904 aufgenommen und 29. August 1906 gestorben.

Veranlassung zur Aufnahme: Wutausbrüche, Neigung zum Brandstiften und Selbstmord.



Erscheinungen: Dämmerzustand mit unzweckmäßigen Handlungen, Unruhe, Verwirrtheit, Schlaflosigkeit, Unreinlichkeit. Nach eingetretener Ruhe und Luzidität wird erheblicher Blödsinn und Silbenstolpern deutlich, weitere Untersuchungen wegen ängstlichen Widerstandes unmöglich, Kubitaldrüsen verhärtet.

Patient fiel im Badezimmer, wodurch er sich eine leichte Kopfwunde zuzog, ward bewußtlos und zeigte stertoröses Atmen mit vollem, regelmäßigem Pulse, allgemeine Hypertonie der Gliedermuskeln, verstärkte Patellarreflexe, aufgehobene Konjunktival- und erhaltene Kornealreflexe mit aufwärts gedrehten Bulbi; nach zwei Tagen ist das Bewußtsein wiedergekehrt, sind die Pupillen normal weit, nicht auf Licht reagierend, r. $>$ l.; Stehen und Gehen wegen Spasmus unmöglich, Schlucken erschwert, drohender Dekubitus. Ein bald sich einstellender apoplektiformer Insult machte dem Leben ein Ende. Keine Sektion.

2. Madurese, Landwirt, 60 J., verheiratet, seit Oktober 1903 geisteskrank, Juli 1904 aufgenommen, September 1904 gestorben. 9 Monate vor der Aufnahme Fieber mit klonischen Krämpfen in Armen und Beinen mit nachfolgender Verwirrtheit, Unruhe, Herumirren und Aggression.

Erscheinungen: Dämmerzustand, greift um sich her, klammert sich an alles fest, stößt allerlei Laute aus, nur nach eindringlicher Frage gibt er seinen Namen an. Heruntergekommene Person mit einem Abszeß unter der linken Brustwarze und vielen verdächtigen Wunden an den Gliedern, aber keine Drüsenschwellungen.

11. Juli. Epileptiformer Anfall mit tonischen Krämpfen aller Gliedermuskeln, erhöhter Temperatur, aufgehobenem Bewußtsein, Zähneknirschen, beweglichen Pupillen, rechts etwa 4, links 2 mm weit, rechts Othämatom. Bewußtsein kehrt bald wieder, ohne Lähmungen zu hinterlassen.

16. Juli. Epileptiformer Anfall mit klonischen Krämpfen der rechten Körperhälfte, welcher den folgenden Tag ohne motorische Störungen verschwindet; Dekubitus am Sakrum.

Unter zunehmendem Marasmus stirbt Patient in Sopor mit einer Temperaturerhöhung, welche vom 11. Juli mit unregelmäßigen Remissionen und Intermissionen fortdauerte und nicht auf Chinin reagierte. Sektion konnte nicht gemacht werden.

3. Sundanese, ohne Beruf, 54 J., verheiratet, seit Mai 1904 krank, 20. September 1904 aufgenommen und 30. September 1904 gestorben.

Aufnahmegründe: Zerstörungstrieb, Mißhandlung seiner Kinder, Verwirrtheit.

Erscheinungen: Dämmerzustand, Mutismus, zweckloses Herumgreifen, Aufschreien derselben Laute und Worte, Weinen, Unreinheit, starke Unruhe, so daß Untersuchung unmöglich ist.

25. September. Epileptiformer Insult, gänzlich besinnunglos. Pupillen etwa 2 mm weit, gleich, ohne Lichtreaktion. Arm in Flexion-,



l. Bein in Extensionstellung, r. Fuß mit klonischen Krämpfen, faszikuläre Zuckungen im rechten Arm. Mundfazialis und breite Bauchmuskeln in klonischen Konvulsionen. Mittags waren die Krämpfe verschwunden, nur hier und dort faszikuläre und fibrilläre Zuckungen.

26. September. Alle Muskeln rigide, besonders l. R. Antlitzhälfte, Arm und Bein mit faszikulären Zuckungen, auch im l. Beine, besonders nach Berührung dieser Körperteile. Bulbi nach l. gedreht, Schlucken ist erschwert, Dekubitus.

29. September. Nur Crampi Musc. front. und einzelne Konvulsionen im r. Arm, Bewußtsein bleibt tief gestört. Exitus am folgenden Tag; Sektion konnte nicht stattfinden.

4. Javaner, Füselier, 35 J., unverheiratet, 29. November 1903 aufgenommen, 6. Februar 1905 gestorben.

Aufnahme wegen Zerstörung, Größenwahns, Aggression, Brandstiftungneigung.

Erscheinungen: Unorientiertheit, Personenverwechslung, Unruhe, vor sich hin Schwatzen, Unreinlichkeit, progressive Demenz, allmähliche Parese der Unterextremitäten mit schleppender Gangart, tremulierende Sprache, erhöhte Patellar- und Ulnarreflexe, verengte, unbewegliche Pupillen, zunehmende Schwäche und Decubitus Sacri. Weit abstehende, flache Ohren.

Stirbt in Koma mit allgemeinen Konvulsionen.

Ätiologie: Syphilis.

Sektion: Hirngewicht 1333. Dura mit Schädeldach verwachsen, Leptomeningen stark verdickt, sehr trübe und ödematös; nicht mit der Rinde verwachsen. Frontalgyri sehr verdünnt; starker Hydrocepnalus internus, keine Ependymgranulationen.

5. Javaner, kein Beruf, 40 J., unverheiratet, August 1903 aufgenommen, Juni 1905 gestorben.

Erscheinungen: Verwirrtheit, Unorientiertheit, Größenwahn, reizbare Stimmung, Silbenstolpern, bei Zeiten unruhig und schlaflos, progressive Demenz und allmähliche Ruhe. Langsam eintretende Parese der Beine, l. Fazialis paretisch, stark erhöhter Kniereflex, Unreinlichkeit, Pupillen wegen ängstlichen Widerstandes nicht zu untersuchen. Unregelmäßiger Stand der Zähne, schiefe Augen, überall am Körper Ulzerationen, Drüsenschwellung, stirbt im Marasmus.

Sektion: Hirngewicht 1112. Dura mit Pia verwachsen, letztere ödematös, anämisch, trübe, nicht adhärent. Gyri centrales, besonders die frontales, verdünnt, Ventrikelhöhlen erweitert, leicht körnige Oberfläche der Corpp. caud. und des Bodens des IV. Ventrikel.

6. Javaner, Hausdiener, 40 J., verheiratet gewesen, seit Oktober 1901 geisteskrank, aufgenommen 23. Oktober 1902, starb marantisch November 1905.

Aufnahmegründe: Zerstörungstrieb, Aggression



Erscheinungen: Tiefe Demenz, reizbare Stimmung, Neigung zur Aggression, zurzeit unruhig, Sammelsucht. Schlaffe Haltung, schleppender Gang, blöde Gesichtzüge, Patellar- und Radiusreflexe erhöht, Babinski +, Pupillen normaler Größe, reagieren träge auf Licht. Fibrilläre Zuckungen der Mundmuskeln und Zunge, Silbenstolpern und tremulierende Sprache, Salivation, Unreinlichkeit. Flaches Hinterhaupt und Caput progenaeum, keine Luessymptome.

4. Dezember. Leichter paralytischer Insult ohne folgende Lähmungen.

Januar 1903. Othämatom beiderseits.

Vom 13. bis 23. Juli epileptiformer Anfall mit klonischen, in Intensität wechselnden Konvulsionen r., welche als fibrilläre Zuckungen endeten, Krämpfe der Musc. front. beiderseits, gänzlich bewußtlos.

22. August. Kurzdauernder epileptiformer Insult mit klonischen Zusammenziehungen r.

Nach einer monatelangen ½—1° C. erhöhten Mittagstemperatur, nicht auf Chinin reagierend, stirbt Patient ganz gelähmt in tiefster Demenz.

Sektion: Hirngewicht 1095. Haematoma durae matris älteren Datums, stark mit Dura, leicht mit Pia verwachsen; letztere trübe, aber nicht adhärent, Fronto-parietalwindungen schmal, Sulci verbreitert, Boden des IV. Ventrikels granuliert. Blutgefäße ohne sichtbare Veränderungen.

7. Javaner, Kuli, 40 J., aufgenommen August 1904, gestorben September 1905.

Aufnahmegründe: Belästigung der Umgebung.

Erscheinungen: Unruhe, Verwirrtheit, Desorientation, Größenwahn, erheblicher Blödsinn, zwecklose Handlungen, später Dämmerzustand.

Patellarreflexe nicht zu bestimmen; r. Pup. > l., keine Lichtreaktion; linke Fazialis paretisch; Gang breitbeinig und schleppend; unreinlich; keine Sprachstörungen; Dekubitus am Sakrum und Trochanteren; Narben in der Inguinalgegend beiderseits und am Penis, allgemeine Drüsenschwellung. Caput progenaeum. Stirbt in Marasmus.

Sektion: Hirngewicht 1029. Pia front. und parietal. trübe, stark verdickt und ahhärent, Gyri, besonders die Frontales, sehr dünn. Hydrocephalus internus, keine Ependymgranulationen.

8. Javaner, Kanonier, 45 J., unverheiratet, seit November 1902 geisteskrank, aufgenommen Juli 1903, starb Oktober 1907 in Marasmus.

Aufnahmegründe: Angstanfälle mit Neigung zu Gewalttätigkeiten.

Erscheinungen: Verwirrtheit, Neigung sich auszuziehen und zu schmieren, Schlaflosigkeit, Unruhe, Salivation, Dämmerzustand mit folgender progressiver Demenz bis zur Sprachlosigkeit, schrie vorher allerhand unartikulierte Laute. Gang breitbeinig und schleppend, zuletzt gänzlich paralytisch, l. Fazialis gelähmt, Pup. verengt und unregelmäßig geformt, Kniereflexe erhöht, später verschwunden. Keine Erscheinungen



von Lues, an der l. Seite des Vorderkopfes eine große Haut- und Knochennarbe. Plumper Gesichtschädel.

Sektion: Hirngewicht 1243, keine Verwachsung von Dura und Schädelknochen an der Frakturstelle, Pia nicht adhärierend, Frontalgyri verdünnt, keine Granulationen, sehr weite mit heller, weißgefärbter Flüssigkeit gefüllte Ventrikelhöhlen.

9. Javaner, ohne Beruf, 40 J., verheiratet, aufgenommen Dezember 1903, gestorben Mai 1906.

Aufnahmegründe: Verwirrtheit.

Erscheinungen: Unorientiertheit, fortschreitender Blödsinn bis zur Sprachlosigkeit, vorher verwirrt, unreinlich, ruhig, spastische Parese der Beine bis zur völligen Paralyse und Kontraktur, verstärkte Haut- und Sehnenreflexe, keine Fazialisparese, Pupillen 1 mm weit ohne Lichtreaktion, Othämatom, keine Lueserscheinungen, Arcus senilis praecox; in den letzten Lebenstagen Fieber ohne Chininreaktion.

Sektion: Hirngewicht 1262, Pia mit Rinde verwachsen, Frontalgyri sehr verschmälert, Hirngewebe sehr ödematös, keine Granulationen, bedeutender Hydrocephalus internus und externus.

10. Javaner, Kleinhändler, 40 J., verheiratet, seit April 1902 geisteskrank, aufgenommen Dezember 1903, August 1907 plötzlich gestorben nach bedeutender Gewichtzunahme.

Aufnahmegründe: Reizbarkeit, Neigung zur Aggression und Vagabondage, Größenwahn und Verwirrtheit.

Erscheinungen: Tiefster Blödsinn, ruhig, aber ängstlich widerstrebend, bisweilen aggressiv, nicht unreinlich.

Haut- und Kniereflexe erhöht, Babinski +, Gang schleppend, l. Fazialis paretisch, Pup. nicht zu untersuchen, Silbenstolpern, tremulierende Sprache bis zur Unverständlichkeit, Narben von beiderseitigem Othämatom, indolente Drüsenschwellung in cubitu, plump geformtes Antlitz.

Sektion: Hirngewicht 1289, Frontalgyri verschmälert und Sulci verbreitert, Pia trübe, nicht verwachsen, Hirnhöhlen erweitert, keine Granulationen.

11. Javaner, Marinematrose, 45 J., aufgenommen Juli 1905, in Marasmus gestorben Dezember 1905.

Erscheinungen: Tiefe Demenz, sprachlos, ab und zu unartikulierte Laute, zweckloses Umherirren mit einzelnen stereotypen Handlungen.

Gang breitbeinig und schleppend, r. Fazialis paretisch, fibrilläre Zuckungen der Mundmuskeln bei der Ernährung, Pupillenuntersuchung wegen ängstlichen Widerstands unmöglich, schnell heilender Dekubitus an den Trochanteren, keine Zeichen von Syphilis, Caput progenaeum, Prognathie. Zunehmende spastische Lähmung mit Babinski, Dekubitus und Keratitis mit Hypopion, in Panophthalmie endend, blutige Blasen an den Füßen, Monate lang subfebrile Mittagtemperatur, nicht auf Chinin reagierend.

Sektion: Hirngewicht 1239, Leptomeningen sehr ödematös, trübe, hyperämisch, adhärierend. Frontalgyri verdünnt, Hirnhöhlen erweitert.

12. Javaner, Kutscher, 40 J., verheiratet, seit Juni 1905 irrsinnig, Oktober 1905 aufgenommen, Juni 1906 gestorben.

Aufnahmegründe: Verwirrtheit, Aggression und Schlaflosigkeit.

Erscheinungen: Fortschreitende Demenz, Verwirrtheit, stereotype Laute, amönomane Stimmung bis zur Unruhe, Größenwahnideen, Bradylalie, zurzeit Silbenstolpern.

Allmählich eintretende Paresen bis zur Bettlägerigkeit, Unreinlichkeit, l. Fazialis paretisch, Hände ataktisch, Patellarreflexe erhöht, Pup. 2 mm weit, gleich, nicht auf Licht reagierend. Allgemeine indolente Drüsenschwellung, auch in cubitu, plumpe Ohrmuscheln, l. Hämatom in Dezember 1905. Im Juni zwei kurz dauernde epileptiforme Anfälle, stirbt in Marasmus.

Sektion: Hirngewicht 1200. Durahämatom jüngeren Datums mit ziemlich viel heller subduraler Flüssigkeit. Pia trübe, nicht adhärierend, sonst keine makroskopische Änderungen.

13. Javaner, Schneider, 40 J., verheiratet, seit Juni 1905 irrsinnig, Oktober 1905 aufgenommen und Oktober 1906 seinen Verwandten überliefert.

Aufnahmegründe: Verwirrtheit, Unruhe, Aggression.

Erscheinungen: Mäßiger, später völliger Blödsinn, neutrale Stimmung, sonst keine psychischen Abweichungen. Bedeutende Ataxie der Bein- und Armmuskeln, später in Parese übergehend, Hahnentritt, deutlicher Branch-Romberg, r. Fazialis paretisch, Pup. gleich, normaler Größe, nicht auf Licht reagierend. Reflexe nicht zu bestimmen wegen Muskelspannung; sehr starkes Silbenstolpern mit Zuckungen der Mund- und Vorderhauptmuskeln. Indurierte Kubitaldrüsen und Psoriasis palmaris, plumpes Antlitz, Caput progenaeum.

14. Javaner, Kutscher, 40 J., verheiratet, bei der Aufnahme November 1905 schon seit 1 Jahr und 8 Monaten krank, starb nach fünftägiger Verpflegung.

Aufnahmegründe: Verwirrtheit und Nackt-Herumziehen.

Erscheinungen: Dämmerzustand, allerlei zwecklose Handlungen, greift alles an; schlaffe Paresen der Beine, Unfähigkeit zu stehen und gehen, keine deutliche Fazialisparese, Pupillenuntersuchung wegen fortschreitender Unruhe unmöglich, Patellarreflexe aufgehoben, kein Babinski, unreinlich, keine bestimmte Degenerationszeichen.

Drei Tage nach der Aufnahme kontinuierliches Fieber mit Zuckungen im r. Arm; drohender Dekubitus am Sakrum und Trochanteren, stirbt an Herzlähmung.

Keine Zeichen von Lues, welche aber in der Erkundigungsliste als sehr schwer bezeichnet wird.

Sektion: Hirngewicht 1294. Leptomeningen trübe, sonst keine auffallende Änderungen.



15. Javaner, Aufseher einer Arbeitergruppe, 40 J., verheiratet, seit Juni 1904 geisteskrank, September 1904 aufgenommen, August 1906 an Ruptura lienalis gestorben.

Aufnahmegründe: Wutausbrüche, Aggression, Größenwahn, soll fünf Tage vor der Entstehung der Psychose schweres Fieber gehabt haben.

Erscheinungen: Verwirrtheit, zeitliche Orientation schlecht, örtliche besser, schwatzt viel vor sich hin, ist unruhig und reizbar, will entfliehen, ist bisweilen unreinlich, zuletzt apathisch und blödsinnig. Sehnenreflexe verstärkt, Gang wacklig, Pupillen wegen ängstlichen Widerstandes nicht zu untersuchen, Othämatom l., indurierte Kubitaldrüsen, plump geformtes Antlitz. Sektion nicht gestattet.

16. Javaner, Aufseher einer Arbeitergruppe, 35 J., verheiratet, seit Januar 1905 krank, November 1905 aufgenommen und März 1907 gestorben.

Aufnahmegründe: Unruhe, Verwirrtheit.

Erscheinungen: Verwirrtheit, Unruhe, Blödsinn. Patellarreflexe erhöht, Pup. gleich, normal weit, aber ohne Lichtreaktion, später eintretende Parese der Beine, starkes Silbenstolpern und Tremulieren bis zur Unverständlichkeit, unreinlich, leichter Dekubitus, keine Zeichen von Syphilis, Prognathie.

Stirbt unter klonischen Krämpfen, welche sich in tonische umwandeln und sich über alle Streckmuskeln ausbreiten, Pupillen erweitert und ohne Lichtreaktion, Deviation der Bulbi nach l.

Sektion: Schädeldach dünn, subdurales Hämatom über der ganzen Hirnoberfläche, auch der Basis, mit Ausnahme der Frontalpole und besonders l. Hirn ödematös. wiegt 1320, überall kleine Blutpünktchen, keine Granulationen, Ventrikelhöhlen erweitert, Frontalgyri verschmälert.

17. Javaner, Kupferschmied, 50 J., verheiratet, seit fünf Monaten krank, Dezember 1906 aufgenommen und Juni 1908 gestorben.

Aufnahmegründe: Brandstiftung.

Erscheinungen: Fortschreitende, tiefe Demenz, Größenwahn, bisweilen Unruhe mit Aggression, später eintretende Unreinlichkeit und gänzliche Parese, Fazialis rechts paretisch, Pup. nicht zu untersuchen, keine Sprachstörungen, r. Mundmuskeln fibrillär zuckend beim Sprechen, Haut- und Sehnenreflexe erhöht, plumpes Antlitz, Arcus senilis, keine Erscheinungen von Syphilis. Starb in apoplektischem Anfall.

Sektion: Hirngewicht 1447. Pia trübe, nicht adhärierend, Frontal- und Parietalgyri verschmälert, Gehirnhöhlen ein wenig erweitert, enthalten eine trübe weiße Flüssigkeit, keine Granulationen.

18. Javaner, Telephonbedienter, 35 J., verheiratet, seit 4 Monaten krank, Januar 1907 aufgenommen, Januar 1908 seinen Verwandten überliefert.

Aufnahmegründe: Aggression und Vagabondage.



Erscheinungen: Unruhe, Neigung zum Entfliehen, Größenwahn, bisweilen Silbenstolpern, Tremor der Hände, Lippen und Zunge, Haut- und Sehnenreflexe verstärkt, keine Parese oder Inkoordination, l. Pup. < r., Reaktion nicht zu prüfen.

War einige Wochen ohne psychische Abweichungen, hatte aber keine Krankheiteinsicht (Remission?), wurde aber bald wieder verwirrt mit Größenwahn, Negativismus. L. Fazialis paretisch, starkes Tremulieren und deutliches Silbenstolpern, keine Paresen der Extremitäten. Gekrümmte Ohrmuscheln, indurierte Kubitaldrüsen.

19. Javaner, kein Beruf, 40 J., unverheiratet, seit 2 Jahren geisteskrank, Januar 1907 aufgenommen, August 1907 an Dysenterie gestorben.

Aufnahmegründe: Unruhe, Verwirrtheit, Neigung zur Selbstverstümmlung.

Erscheinungen: Verwirrtheit, tiefer Blödsinn, ziemlich ruhig, erschwerte, lallende Sprache, bisweilen Silbenstolpern, Haut- und Sehnenreflexe erhöht, Ataxie der Beine, kein Branch - Romberg, l. Fazialis paretisch, Pup. eng, gleich groß, keine Lichtreaktion, keine Erscheinungen von Lues, keine bestimmten Degenerationszeichen.

Sektion: Hirngewicht 1140. Leptomeningen trübe, adhärierend, Rinde verschmälert. Ventrikelhöhle erweitert, keine Granulationen.

20. Javaner, Gartendiener, 40 J., Dezember 1907 aufgenommen, Oktober 1908 in einem paralytischen Anfall gestorben, wurde vorher von Juli 1906 bis März 1907 wegen Amentia verpflegt und geheilt entlassen.

Erscheinungen: Unruhe, Aggression, Verwirrtheit, Blödsinn, Unreinlichkeit, alle Haut- und Sehnenreflexe erhöht, schleppender Gang. r. Fazialis paretisch, r. Pup. > l., keine Lichtreaktion, bekam Dezember 1907 motorische Aphasie ohne sonstige Lähmungserscheinungen mit folgender Bradyphasie, Silbenstolpern bei monotoner Stimme. Keine bestimmten Degenerationszeichen, keine luischen Erscheinungen, große Narbe am Penis. Sektion konnte nicht gemacht werden.

21. Javaner, Kleinhändler, 40 J., verheiratet, seit 1 Monat krank, Juni 1907 aufgenommen, war Mai 1909 noch am Leben.

Aufnahmegründe: Verwirrtheit und Unruhe.

Erscheinungen: Blödsinn, gehobene Stimmung, Größenwahn, Unreinlichkeit während einzelner Tage, Patellarreflexe erhöht, Parese der Extensoren der Unterschenkel, ausdruckloses Antlitz, l. Fazialis paretisch, starkes Silbenstolpern, starker Tremor der Zunge, allgemeine Drüsenschwellung, Narbe an der Eichel, keine bestimmten Degenerationszeichen.

22. Javaner, Kuli, 50 J., verheiratet, aufgenommen August 1907, Dezember 1907 unter epileptiformen Anfällen gestorben.

Erscheinungen: Tiefe Demenz, Größenwahn, keine Unruhe, schlaffe Haltung, schleppender Gang, r. Fazialis paretisch, l. Pup. > r., Tremor



der Lippen und Zunge, Silbenstolpern mit undeutlicher Sprache, Kniereflexe erhöht, Psoriasis palmaris, Halsdrüsen geschwollen, nicht die cubitales, Narbe am Penis, plumpes Antlitz. Bei den epileptiformen Anfällen Retentio urinae. Sektion nicht möglich.

23. Javaner, Landwirt, 45 J., Dezember 1907 aufgenommen, Februar 1909 seinen Verwandten überliefert.

Erscheinungen: Tiefe Demenz, sonstige psychische Erscheinungen fehlen. Haut- und Kniereflexe erhöht, l. Fazialis paretisch, Pup. eng, gleich groß, ohne Lichtreaktion. Sprache undeutlich. Indurierte Kubitaldrüsen, Narbe am Penis, keine bestimmte Degenerationszeichen.

24. Javaner, Polizeidiener, 40 J., unverheiratet, seit 8 Monaten krank, Januar 1907 aufgenommen, Juli 1907 gestorben mit kontinuierlichem, nicht auf Chinin reagierendem Fieber.

Aufnahmegründe: Unruhe und Umherirren.

Erscheinungen: Verwirrtheit, Größenwahn, Blödsinn, leichte Unruhe, am Tage des Eintritts Incontinentia urinae, später nicht mehr, war nachher unreinlich. Gang schleppend und unsicher, Branch-Romberg stark, r. Fazialis paretisch, Pup. gleich groß, weitere Untersuchung unmöglich, deutliches Silbenstolpern und Tremulieren mit Tremor der Lippen und Zunge, Kniereflexe nicht zu bestimmen, leichte Mißbildung des linken Ohres. Lymphdrüsen induriert, auch die Kubitaldrüsen, Psoriasis palmaris.

Sektion: Hirngewicht 1229. Starker Hydrocephalus externus und internus, Pia trübe, nicht adhärierend, keine wesentliche Verschmälerung der Rinde, keine Ependymwucherung.

25. Sundanese, Kleinhändler, 40 J., aufgenommen November 1907, war Mai 1909 noch am Leben.

Erscheinungen: Tiefer Blödsinn, Größenwahn, ruhig, wackliger Gang, r. Fazialis paretisch, l. Pup. > r., Reaktion nicht zu bestimmen, Silbenstolpern und Tremulieren, Tremor der Lippen, Hände und besonders der Beine. Radialis- und Patellarreflex verstärkt, Babinski und Fußklonus. Kubitaldrüsen geschwollen.

26. Javaner, kein Beruf, 30 J., Januar 1908 aufgenommen, Juni 1908 seinen Verwandten überliefert.

Erscheinungen: Anfangs verwirrt und unruhig mit Größenwahn, allmählich progressiv dement, Silbenstolpern und Tremor der Lippen. Beine paretisch, Pupillen und Reflexe nicht zu untersuchen. Keine Erscheinungen von Syphilis, keine bestimmten Degenerationszeichen.

27. Javaner, Bettler, 50 J., aufgenommen Februar 1908, gestorben Oktober 1908 an Tuberculosis pulm.

Erscheinungen: Tiefster Blödsinn, gänzlich paralytisch, sprachlos, unreinlich, weitere Untersuchung wegen ängstlichen Widerstandes eingestellt.

Indolente Drüsenschwellung, große, weit abstehende Ohren.

Sektion: Hirngewicht 1275, sonst keine wesentlichen Änderungen.

28. Javaner, Aufseher einer Arbeitergruppe, 40 J., verheiratet, seit 4 Monaten geisteskrank, aufgenommen Juni 1908, war Mai 1909 noch am Leben.

Aufnahmegründe: Abwechselnde Unruhe, Entblößung, Nahrungverweigerung.

Erscheinungen: Bis zum unverständlichen Lallen zunehmender Blödsinn, Größenwahn, ruhig. Keine Paresen, l. Fazialis paretisch, Pup. ohne Abweichungen, anfangs Bradylalie, Silbenstolpern und Tremor der Lippen, Zunge und Finger; Haut- und Sehnenreflexe erhöht, spastischer Gang. Rupiaartige Ulzera auf Kopf und Beine, indurierte Drüsen, Narbe an der Eichel, große Ohrläppchen, zwei Haarwirbel.

29. Sundanese, Landwirt, 50 J., verheiratet, aufgenommen Juli 1908, gestorben Oktober 1908 an Marasmus nach zweitägigem Fieber.

Erscheinungen: Tiefer Blödsinn; greift unaufhörlich um sich her; unreinlich, leichter Dekubitus, gänzlich paralytisch, r. Fazialis paretisch, l. Pup. > r., Lichtreaktion nicht zu bestimmen, völlig unverständliche, undeutliche Sprache mit Tremor der Zunge und Lippen, l. Patellarreflex aufgehoben.

Indurierte Drüsen, Narbe am Penis, keine bestimmten Degenerationszeichen.

Sektion: Hirngewicht 1285, geringer Hydrocephalus ext. und int., leichte Trübung der Frontalpia, sonst keine wesentlichen Abweichungen.

30. Javaner, Kuli, 45 J., Juli 1908 aufgenommen, Oktober 1908 seinen Verwandten überliefert.

Erscheinungen: Größenwahn, progressive Demenz; anfangs unruhig. nicht unreinlich.

Parese der Beine bis zur Bettlägerigkeit, l. Fazialis paretisch, Bradyphasie, später Silbenstolpern bis zur weitgehenden Undeutlichkeit. Pup. nicht zu untersuchen, Patellarreflexe aufgehoben, körperlich abnehmend.

Indurierte Drüsen, unregelmäßiger Stand der Unterzähne.

31. Javaner, Ex-Soldat, 45 J., seit 9 Monaten krank, Januar 1909 aufgenommen, war Mai 1909 noch am Leben.

Erscheinungen: Demenz, Größenwahn, anfangs unruhig, nicht unreinlich, keine bestimmte Paresen, l. Fazialis paretisch, r. Pup. < l., beide träge auf Licht reagierend, Sprache bisweilen undeutlich, kein Silbenstolpern oder Tremulieren, Patellarreflexe erhöht, Othämatom l.

Indurierte Drüsen, Sattelnase, angewachsene Ohrläppchen, exzentrischer Haarwirbel, Hernia inguin.

32. Javaner, Eisenbahnmaschinist, 45 J., seit 10 Monaten krank, Februar 1908 aufgenommen, war Mai 1909 noch am Leben.

Erscheinungen: Blödsinn, Größenwahn, gehobene Stimmung. anfangs unruhig, schwatzt und lacht viel, nicht unreinlich, Gang breitbeinig und schleppend, l. Fazialis paretisch, Silbenstolpern bis zur Unverständlichkeit, l. Pup. > r., beide ohne Lichtreaktion, Patellarreflexe erhöht.



Psoriasis linguae, indolente Drüsenschwellung, auch im Kubitalgebiete, keine bestimmten Degenerationszeichen.

33. Javaner, ohne Beruf, 50 J., aufgenommen April 1909, war Mai 1909 noch am Leben.

Erscheinungen: Blödsinn, Größenwahn, nicht unreinlich, ruhig, keine Paresen, l. Fazialis paretisch, enge, starre Pupillen, Silbenstolpern, Patellarreflexe geschwächt, Kubitaldrüsen induriert, unregelmäßiger Stand der Zähne, angewachsene Ohrläppchen, zwei exzentrische Haarwirbel.

Einzelne, wie es scheint, in Europa weniger bekannte ursächliche Faktoren für eine der Paralyse ähnelnde Hirnkrankheit mögen hier kurz hervorgehoben werden.

Abgesehen von der merkwürdigen Schlafkrankheit der Neger in Afrika, soll nach *Marie* die Pellagra in Kairo eine Pseudoparalyse hervorrufen; besonders zeigt das Schlußstadium der pellagrösen Irreseinsformen oft Symptome der Paralyse, welche sich weder klinisch noch pathologisch von dieser unterscheiden lassen. Dieser Autor beobachtete auch paralytische Araber, welche an Syphilis und Pellagra zugleich litten. Chronische Malaria sah *Marandon de Montyel* in drei Fällen bei Prädisponierten Paralyse erzeugen, welche schnell verlief, symptomatologisch und anatomisch keinen speziellen Charakter zeigte. In einem dieser drei Fälle konnte nur die chronische Malaria als Ursache erkannt werden.

Plehn fand bei der larvierten und unzureichend behandelten Malaria Erscheinungen, welche denen der Paralyse ähnelten, aber dem Chinin und der Übersiedlung wichen.

Lemoine und *Chaumier* meinen eine Dementia pseudoparalytica von Malariaursprung annehmen zu dürfen und zitieren dabei *Berthier*, *Kraepelin* und *Bard*, welcher letztere einen durch Chinin geheilten Fall mitteilt.

Von vielen Autoren wird über Malariapsychosen berichtet, die in grundverschiedenen Formen verliefen. Es ist schwierig zu begreifen, warum dieselbe Ursache und dieselben anatomischen Veränderungen im Gehirn so ganz auseinanderlaufende Krankheitformen erzeugen können. Vielmehr muß man da an verschiedene Veranlagung denken, wo die lokalen Läsionen höchstens als Gelegenheitsursache wirken, was durch die Tatsache, daß bei vielen Autopsien die gleichen Veränderungen der Gehirnkapillaren gefunden werden, ohne zeitlebens Geistesstörungen veranlaßt zu haben, um so wahrscheinlicher wird.

Eine merkwürdige Beobachtung hat *Lynch* auf den Fidschiinseln gemacht, wo er in 20 Jahren bei den Eingeborenen keine Syphilis fand und dennoch diese an Paralyse leiden. Framboesia tropica



hingegen war äußerst allgemein, und dies wäre nach ihm eine Ursache, daran zu denken, daß Syphilis und Framboesia zwar nicht identisch, aber dennoch eng verwandt seien (zitiert nach *Révész*). Ich möchte beiläufig an die günstigen Ergebnisse der Salvarsantherapie bei Framboesia erinnern.

Rüdin hält die Seltenheit der Paralyse in Algier nicht nur für scheinbar, sondern für faktisch und schreibt dies dem Fehlen der Domestikation zu bei den un- und niedrig kultivierten Rassen. Die dadurch fehlende Ausmerzung, die verminderte Widerstandkraft, verursacht durch Störungen in der Gewebsernährung und durch Vergiftungen des Kulturlebens, dabei die überstarke Inanspruchnahme der nervösen Zentralorgane verleihen dem Syphilisgift beim Kulturmenschen einen mühelosen Angriffpunkt am Zentralnervensystem und daher die große Frequenz der Paralyse und Tabes.

Die Anerkennung der Metasyphilis als, ich möchte sagen, fundamentale Ursache der Paralyse wird wohl kaum noch Widerstand begegnen; zum Ausbruch sind aber noch andere Umstände vonnöten.

Es ist sonderbar, daß von Luikern, welche unter gleichartigen, ungünstigen Verhältnissen leben, dennoch nur ein Bruchteil der Krankheit anheimfällt. Dieses Rätsel würde sich der Lösung nähern, wenn bekannt wäre, was vom Syphilisgift bevorzugt wird, das Nervengewebe oder dessen Gefäßsystem. Es scheint nun je länger je mehr wahrscheinlich, daß das letztere der Fall ist, wobei aber noch die Frage bleibt, warum das Gift die Blutgefäße gerade des Nervensystems bevorzugt; kommt doch nach Haut und Knochen das Nervensystem an nächster Stelle in der Frequenz der syphilitischen Affektionen des menschlichen Körpers.

Da scheint mir für die vorliegende Frage nicht bedeutunglos, daß verschiedene Autoren betonen, bei unkultivierten Rassen niste die Syphilis sich gerade in Haut und Knochen ein und schone das Nervensystem. *Gonder* (zitiert bei *Révész*) fand dies in Bosnien, *Moreira* und *Peixoto* in Brasilien, *Sicard* in Algier und ich in Niederländisch Ost-Indien. Die Haut ist dort Prädilektionstelle für Syphilis, weil sie den verschiedensten schädlichen Einflüssen ausgesetzt ist, besonders bei den eigentlichen Tropenbewohnern, welche zum Teil nackt herumgehen und bei welchen die Hautfunktion erhöht ist, was bei einer heißen, mit Wasserdampf gesättigten Luft leicht zu



allerlei Leiden Veranlassung gibt. So fand *Scheuer* in Java bei 45 500 Poliklinikpatienten nicht weniger als 11 370 Hautleidende.

Weil bei diesen Völkern meistens von einer Syphilistherapie nicht die Rede ist, bleibt die Haut sehr lange erkrankt und hat die Lues Gelegenheit, sich dort auszutoben; dies mag ein Grund dafür sein, daß andere wichtige Organe verschont bleiben.

Bei der allgemein von den ersten Fachmännern geforderten rigorosen und frühzeitigen Syphilisbehandlung wage ich nur zögernd die Aufmerksamkeit darauf zu lenken, daß man die relativ harmlosen Hauterscheinungen nicht zu energisch bekämpfen möge.

Urstein meint, der reichlichen Schweißabsonderung, infolge deren das Syphilisgift den Organismus frühzeitiger verlasse, sei die niedrige Frequenz der Paralyse unter den Eingeborenen zuzuschreiben. Die weiße und die gemischte Bevölkerung der Tropen aber schwitzt auch nicht wenig, wenn auch vielleicht nicht so profus, und doch ist bei ihr die Paralyse gar nicht selten.

Literatur.

Béla Révész, Die rassenpsychiatrischen Erfahrungen und ihre Lehren. Beiheft 5 zum Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene. 1911.

Berkley, zitiert bei *Révész*. 1911.

Kraepelin, Psychiatrisches aus Java. Zentralbl. f. Nervenh. u. Psychiatrie. 1904.

Lemoine et *Chaumier*, Les troubles psychiques dans l'impaludisme. Annales médico-psychologiques. 1887.

Marandon de Montyel, Contrib. à l'étude des rapports de l'impaludisme et de la paral. génér. Arch. de Neurol. Vol. 9. 1900. Cfr. Jahresber. auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie 1901.

Marie, La légende de l'immunité des Arabes syphilitiques relativement à la paralysie générale. Revue de médecine. 1907.

Ders., Folies pellagreuses des Arabes. Paris. 1907. Cfr. *Révész*.

Moreira et *Peixoto*, Les maladies mentales dans les climats tropicaux. Annales médico-psychol. 1907.

Plehn, Über Hirnstörungen in den heißen Ländern und ihre Beurteilung. Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene. 1906.

Rüdin, Zur Paralysisfrage in Algier. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1910.

Sicard, Etude s. l. fréquence des maladies nerveuses chez les indigènes musulmans d'Algerie. Thèse de Lyon. 1907.

Stieda, Über die Psychiatrie in Japan. Zentralbl. f. Nervenh. u. Psychiatrie. 1906.

Urstein, zitiert bei *Révész*. 1911.

Wolff, zitiert bei *Révész*. 1911.



Über Gelegenheitsursachen gewisser Neurosen und Psychosen[1]).

Von

Dr. **H. Bertschinger,**

Kant. Heilanstalt Schaffhausen.

Der Ausdruck „Lebenslüge" findet sich in Ibsens Wildente. Kandidat Relling sagt (V. Akt, 1. Szene) zu Wernle jun.: „Nehmen Sie einem Durchschnittsmenschen die Lebenslüge, so nehmen Sie ihm gleichzeitig das Glück."

Der Ausdruck Lebenslüge paßt so gut zu gewissen Beobachtungen, die ich gemacht habe, daß ich ihn zum Titel meines Themas hätte wählen können.

Wer davon überzeugt ist, daß es auf psychischem Gebiete ebenso wenig einen Zufall gibt, wie auf mechanischem, dem drängt sich immer wieder die Frage auf, warum in einem bestimmten Falle eine Krankheit, die latent sicher schon seit vielen Jahren bestand, gerade jetzt, in diesem bestimmten Zeitpunkt manifest wird.

Es kann doch kein Zufall sein, daß ein Mensch, der nachweisbar schon von Jugend auf „nervös" oder „launisch" oder „sonderbar" war, gerade mit 30, 50 oder 60 Jahren plötzlich so schwer neurotisch oder manisch-depressiv oder katatonisch wird, daß er ärztliche Behandlung oder sogar die Irrenanstalt aufsuchen muß. Warum kam er nicht schon früher? Warum kann er sich nicht noch länger halten?

Man hat sich in solchen Fällen gewöhnlich damit begnügt, eine innere, mit der Krankheit selber zusammenhängende und nicht weiter erklärbare Ursache für das Manifestwerden schwerer Erscheinungen anzunehmen, oder hat irgendein zeitlich ungefähr damit zusammen-

[1]) Nach einem Vortrag gehalten in der Versammlung schweiz. Irrenärzte in Basel am 28. V. 1912.



fallendes, körperliches oder psychisches Trauma als sogenannte Gelegenheitsursache verantwortlich gemacht, ohne sich weiter darüber Rechenschaft zu geben, wie ein an und für sich oft recht banales Ereignis nun auf einmal eine so heftige Reaktion hervorrufen konnte, oft sogar bei Menschen, an denen objektiv viel schwerere Schicksalschläge spurlos vorüber gegangen sind.

Betrachtet man Kranke, die an Neurosen oder gewissen Psychosen leiden, als Menschen, die sich aus inneren, psychischen Gründen der Wirklichkeit schlecht oder gar nicht anpassen können, und die Krankheit als letztes Abwehrmittel, das ihnen zu Gebote steht, um die ihnen unerträgliche Wirklichkeit auszuschalten, und es ist dies eine Annahme, die sehr viel für sich hat, so erklären sich manche Rätsel nicht nur der Besserungs- und Heilungsvorgänge, sondern auch des zeitlichen Ausbruches akuter Krankheiterscheinungen.

Berücksichtigt man, wie oft auch der Gesunde sich selber anlügt, und wie leicht wir uns anlügen können, so ist es gar nicht so merkwürdig, daß so viele Geisteskranke es verstehen, mit Hilfe von allerlei Mechanismen, die alle den Zweck der Selbsttäuschung verfolgen und die ich deshalb Lebenslügen nennen will, sich jahrzehntelang der Wirklichkeit scheinbar anzupassen. Sie müssen allerdings ihre Lebenslüge mit allen zu Gebote stehenden Hilfsmitteln stützen, und dies um so mehr, in je größerem Widerspruch sie zur Wirklichkeit steht. Versagt eine oder mehrere der wichtigsten Hilfshypothesen, oder verändert sich die Wirklichkeit zum schlimmen, so läßt sich, oft mit einem Schlage, die Lebenslüge nicht mehr aufrechterhalten, und die Neurose oder Psychose bricht aus.

Es gibt eine unzählbare Menge von Stützen für die verschiedensten Arten von Lebenslügen. Die häufigsten und wichtigsten sind:

Die unterbewußt stets vorhandene Hoffnung, daß das große Glück doch noch eintreffen werde, das in Wirklichkeit nicht erreicht wurde, ferner die Sublimierung unbefriedigter Aspirationen resp. die Verschiebung auf andere Gebiete, z. B. sexueller Wünsche in die Berufstätigkeit oder religiöse und künstlerische Bestrebungen oder der Liebesgefühle auf Personen, die für ein eigentliches Sexualverhältnis außer Betracht fallen.

Ein sehr häufig benütztes Hilfsmittel zur Aufrechterhaltung der Lebenslüge ist eine leichte Dauernarkose, z. B. durch Alkohol.



Auch Konversionen oder wirkliche körperliche Krankheiten aller Art dienen sehr oft der Lebenslüge als wirksame Stützen. Sie erlauben dem Kranken, in unauffälliger Art gewisse Wirklichkeiten von sich fernzuhalten, die in allzu krassem Widerspruch mit der Glückfiktion oder der sie stützenden stillen Hoffnung, daß das Wunderbare doch noch kommen werde, stehen würden. Es gibt z. B. Frauen, die frigid sind oder an nervösen Sexualkrankheiten leiden, welche den Koitus verunmöglichen, nur weil sie sich die Fiktion der Jungfräulichkeit, wenigstens der psychischen, machen müssen, weil sie sich sozusagen aufsparen wollen für den im Unterbewußten stets noch erhofften wirklichen Geliebten.

Es liegt auf der Hand, daß die meisten der angeführten Hilfsmittel zur Aufrechterhaltung der Lebenslüge sehr oft versagen und z. T. irgend wann einmal versagen müssen. Die stille Hoffnung auf das Kommen des großen Liebesglückes läßt sich z. B. nicht über ein gewisses Alter hinaus festhalten. Sollte das nicht eine Erklärung geben können für den so häufigen Ausbruch stürmischer Krankheiterscheinungen kurz vor oder im Klimakterium?

Die stille Hoffnung, der Richtige möchte noch kommen, welche so manchem alternden Mädchen erlaubt, ledig scheinbar glücklich zu sein, muß von einem bestimmten Alter an, sagen wir anfangs der 30er Jahre, versagen. Dürfte das nicht die nicht seltenen „letzten Terminpsychosen" erklären, wie man sie nennen könnte?

Die unterbewußte Hoffnung, sich für den eigentlichen Geliebten aufsparen zu können, muß sie nicht unhaltbar werden, wenn eine Schwangerschaft oder gar die Geburt erfolgt?

Es gibt latent homosexuell empfindende Menschen, die sich für sexuell normal halten und diese Fiktion mit der stillen Hoffnung stützen, die bisher vermißten sexuellen Erregungen werden sich schon einstellen, wenn nur erst die oder der Richtige komme. Naht sich der letzte Termin, so verloben sie sich oft auffallend schnell und unerwartet, um dann kurz vor oder nach der Hochzeit mit angstneurotischen Beschwerden den Arzt aufzusuchen.

Die Fiktion, in der Pflege einer Freundschaft, in Beruf und Pflichterfüllung einen vollgültigen Ersatz für das entgangene Liebesglück gefunden zu haben, läßt sich nicht mehr aufrechterhalten, wenn die Surrogatperson z. B. stirbt oder der Beruf schwere Enttäuschungen



bringt. Die Übertragung der Liebesgefühle vom innerlich ungeliebten Manne auf den Sohn versagt, wenn er sich der Mutter entzieht.

Eine seltenere Art der Lebenslüge ist folgende: Ein von Hause aus mit gewalttätigen Trieben ausgerüsteter Mensch wird durch Überkompensation besonders brav und tugendhaft. Dabei unterstützt ihn die stille Hoffnung, daß ihm das, was er durch Gewalt nicht erlangen will, schließlich doch noch als Belohnung seiner Tugend in den Schoß fallen werde. Erntet er nun fortgesetzt Verkennung und Enttäuschung, so kann er seine Lebenslüge nicht mehr länger aufrechterhalten, er wird krank oder Verbrecher.

Eine ganz unzuverlässige Stütze der Lebenslüge ist natürlich der Alkohol und andere Narkotika, denn sie führen ihrerseits zu psychischen Krankheiten, mit denen zugleich dann die latente Neurose oder Psychose zum Ausbruch kommt.

In jedem einzelnen Falle sind immer mehrere der von mir angeführten Hilfshypothesen nachweisbar, und deshalb führen auch meistens verschiedene sogenannte Gelegenheitsursachen zusammen den Krankheitausbruch herbei.

Im folgenden sollen einige Beispiele verschiedenster Formen von Lebenslügen mitgeteilt werden. Leider erlaubt der Umfang eines Vortrages nicht, alle Krankengeschichten ausführlich anzuführen. Die meisten müssen der Kürze halber zum Schaden ihrer Beweiskraft auf ein paar Sätze reduziert werden.

Eine der allerhäufigsten Lebenslügen ist die, glücklich verheiratet zu sein, während man es in Wirklichkeit nicht ist.

Sicher ist selten ein Teil allein am Unglück einer Ehe schuldig. Es scheint, daß grobe, auch nach außen in Erscheinung tretende Fehler des einen Gatten den anderen Teil seltener unglücklich machen, als man im allgemeinen annimmt. Es sind wohl immer psychische Eigenschaften des leidenden Teiles selber, welche ein Eheglück nicht aufkommen lassen resp. bewirken, daß ein scheinbares Eheglück sich später als Lebenslüge entpuppt.

Ich will aber doch die Fälle zuerst besprechen, in denen der eine Ehegatte mit solchen, auch nach außen sichtbaren Fehlern behaftet war, daß nach landläufigem Urteil die Ehe von Anfang an hätte unglücklich werden sollen. Daß sie dennoch glücklich schien, war eben die Folge einer Selbsttäuschung des leidenden Eheteiles. In einzelnen



Fällen dienten sogar die Fehler des gesunden Gatten dem leidenden geradezu als Stütze der Lebenslüge.

In 5 Fällen war hauptsächlich schwerer Alkoholismus des Mannes der auch äußerlich erkennbare Grund dafür, daß nur ein Pseudoeheglück bestand, das dem leidenden Teile aber erst bei bestimmten Anlässen als Lebenslüge zum Bewußtsein kam, Anlässen, die dann auch den Krankheitausbruch herbeiführten.

1. Eine 44jährige Frau erkrankte an präseniler Melancholie mit Verarmungswahn im Anschluß an einen Hauskauf, der ihr die Fortsetzung einer Kostgängerei verunmöglichte und sie dadurch von einem Kostgänger trennte, auf den sie stark übertragen und im Stillen noch gehofft hatte.

2. Eine andere, früher durchaus anständige Frau leistete sich während der Abänderungsjahre eine schwärmerische, platonische Freundschaft. Als ihr Freund auswanderte, brach zugleich mit dem Eintritt der Menopause eine schwere hypochondrische Spätkatatonie aus. Die Kranke behauptete, ihr Herz sei verbrannt, und masturbierte exzessiv. Nach Ablauf der akuten Erscheinungen wieder aus der Anstalt entlassen, benahm sie sich bald wie eine Dirne und mußte deshalb wieder versorgt werden.

3. Eine 50 jährige Frau erkrankte an Spätkatatonie im Anschluß an eine gelungene Prolapsoperation, gegen die sie sich viele Jahre lang gesträubt hatte. Der Prolaps hatte es ihr vorher ermöglicht, wenigstens die sexuellen Zärtlichkeiten ihres Mannes von sich fern zu halten und dadurch die Fiktion erlaubt, wenn nicht glücklich, so doch erträglich verheiratet zu sein.

4. Eine 38 jährige Frau erkrankte an melancholisch gefärbter Dementia praecox nach der Abreise ihres Sohnes, der ihr bis dahin ermöglicht hatte, im Mutterglück einen teilweisen Ersatz für das zu finden, was sie im Eheleben vermißte.

5. Eine junge Frau fand in einem außerehelichen Verhältnis mit einem Zimmerherrn Ersatz für das fehlende Eheglück. Als ihr Freund heiratete, wurde sie auffallend fromm. 2 Jahre später wurde die Wohnung gewechselt, und zugleich verbot ihr der Mann den Besuch religiöser Gemeinschaften, worauf sie akut an Dementia praecox erkrankte.

In den folgenden drei Fällen lag die äußerlich erkennbare Schuld des unvollständigen Eheglückes auf Seite der Frau. Zweimal war es eheliche Untreue der Gattin, die der Mann ahnte oder kannte, aber zu verdrängen resp. mit einer Lebenslüge sich darüber hinwegzutäuschen suchte.

Den einen dieser Fälle will ich etwas ausführlicher mitteilen, da er der einzige mit manisch-depressivem Irresein ist, den ich unter meinem Material fand.



6. Ein 51 jähriger Fabrikant, der schon seit etwa 10 Jahren an leichteren melancholischen Depressionen und hypomanischen Zuständen gelitten hatte, mußte interniert werden, weil er in seinem manischen Geschäftigkeitstrieb sich in eine solche Menge seinem eigentlichen Berufe fremder und zum Teil sehr gewagter Geschäfte eingelassen hatte, daß die Gefahr einer finanziellen Krise nahe schien.

Er war immer sehr solid gewesen, ein gewiegter Geschäftsmann und hatte seine Frau, mit der er schon in ihrem 14. Jahre verlobt war, aus Liebe geheiratet. Sie wurde eine bewunderte Schönheit, und er schien mit ihr immer glücklich zu sein, nur in der letzten Zeit habe er Eifersuchtswahnideen geäußert, in früheren psychischen Depressionszuständen habe er immer über drohende Verarmung gejammert. Seit 5 Jahren sei mit großer Regelmäßigkeit im Herbst die Depression, so um Ostern herum die manische Verstimmung eingetreten.

Es schien sich um einen Fall von rein endogenem, manisch-depressivem Irresein zu handeln, und doch zeigte die nähere Untersuchung, daß die Depressionen psychologisch nicht unbegründet waren und die scheinbar rein manische Vielgeschäftigkeit einen ganz bestimmten Zweck im Sinne der Lebenslüge verfolgte.

Die erste Depression brach nämlich im 3. Ehejahr aus, nachdem die Frau ihrem Manne gebeichtet, daß sie ihn mit einem jungen Angestellten hintergangen habe. Er verzieh ihr diesen Fehltritt, was ihm um so leichter geworden sei, als die Frau im Anschluß an ihre Handlung selber nervenkrank geworden sei. Er glaubte damals selber, daß seine Depression die Folge geschäftlicher Überanstrengung gewesen sei, und meinte, die Untreue seiner Frau vollständig überwunden zu haben.

Auch die dann auftretende Frigidität seiner Frau setzte er auf Konto ihrer überstandenen Nervenkrankheit.

Nachdem er sich von seiner eigenen Depression wieder erholt hatte, warf er sich mit Feuereifer auf die Vergrößerung seines Geschäftes. Depressionen traten zuerst nur auf in Zeiten geschäftlicher Krisen, d. h. also, wenn die Sublimierung versagte.

3 Jahre später assoziierte er sich mit einem Freund, von dessen Solidität und Rechtschaffenheit er vollständig überzeugt war. Bald darauf fiel ihm auf, daß seine Frau noch kälter gegen ihn wurde, und daß sie sich gegen ihre frühere Gewohnheit sehr eifrig im Geschäft betätigte, aber immer mit dem Associé zusammen arbeitete, immer dessen Meinung teilte, auch Familienangelegenheiten mit ihm statt mit ihrem Manne besprach und sich überhaupt so benahm, als ob sie mit dem Associé verheiratet und ihr Mann Angestellter wäre.

Von diesem Zeitpunkt an traten seine Depressionen mit Verarmungsideen immer im Herbst auf, nämlich dann, wenn die Frau aus ihrem Sommeraufenthalt wieder ins Geschäft zurückkehrte und er wieder gezwungen war, täglich ihr Zusammensein mit dem Associé zu beobachten.



Die manischen Phasen begannen um Ostern herum, zur Zeit als seine Frau sich zur Abreise anschickte und sich also sein Geschäft gerade infolge Abwesenheit der Frau wieder besser zur Sublimierung eignete.

Während sich seine hypomanische Vielgeschäftigkeit früher fast ausschließlich auf die Vergrößerung seines eigentlichen Geschäftes beschränkt hatte, begann er aber jetzt hauptsächlich Privatgeschäfte aller Art zu unternehmen. denn sein eigenes Geschäft konnte ihn ja infolge des sonderbaren Benehmens seiner Frau und des Associés nicht mehr vollständig von dem ablenken, was er zu verdrängen suchte.

7. Ein etwa 40jähriger Herr, der schon seit 5 Jahren nervös war, erkrankte nach dem Tode seiner Mutter an Angstneurose.

Nicht unbegründete Eifersucht und verschiedene unangenehme Eigenschaften seiner Frau machten, daß er in den ersten Ehejahren unter schweren psychischen Konflikten litt. Nach etwa 4 Jahren glaubte er aber doch, ein in jeder Beziehung glücklicher Ehemann geworden zu sein. Zu gleicher Zeit stellten sich aber die ersten nervösen Magenbeschwerden ein, und er begann, sich von seinem Chef verfolgt zu fühlen. Bald nach dem Tode seiner Mutter, die er hinter dem Rücken seiner Frau mit Geschenken überhäuft hatte, wurden seine Magenbeschwerden so arg, daß er kaum mehr seine Geschäftsreisen machen konnte, und zugleich verschlechterte sich sein Verhältnis zum Chef dermaßen, daß ihm Entlassung drohte. In diesem Augenblick, d. h. also, nachdem der Reihe nach die Übertragung auf die Mutter unmöglich, die Konversion unerträglich, die Verschiebung der negativen Affekte auf seinen Chef gefährlich geworden war und die Sublimierung ins Geschäft zu versagen drohte, brach die Neurose aus, die dann eben sein Eheglück als Lebenslüge entpuppte.

8. Ein 31jähriger Herr erkrankte an eigentümlichen Angstanfällen, die ganz plötzlich eintraten, mit Vorliebe, wenn er mit seiner Frau zu Tische saß, englischen Tabak rauchte oder an bestimmte Firmen schrieb. Er bekam dann Klopfen im Hals, Herzdruck, Schweißausbruch, Ohnmachtgefühl und sah rote, hinkende Personen.

Er gab an, außerordentlich glücklich verheiratet zu sein, er habe seine ihm gleichalterige Frau schon in der Schule geliebt, die Verlobung gegen den Willen seiner Eltern durchgesetzt und seinen Aufenthalt in London und Paris möglichst abgekürzt, um recht bald heiraten zu können.

Die Analyse der Umstände, unter denen er Angstzustände bekam, und der dabei auftretenden Symptome wiesen immer wieder auf ganz bestimmte, an sich banale Erlebnisse im Ausland hin, bei denen ihm nur ganz flüchtig bestimmte Frauenspersonen durch ihre vollbusigen, üppigen Erscheinungen aufgefallen waren.

Später erzählte er, daß ihm seine Braut nach seiner Rückkehr aus der Fremde eigentlich auffallend unscheinbar, flachbusig vorkam. Auch alterte sie rasch in der Ehe und war ihm, da sie aus einem niedrigeren sozialen Niveau stammte als er, in gesellschaftlicher Beziehung etwas hinderlich.



Es war ihm aber bis vor kurzem gelungen, alle diese Beobachtungen sofort wieder zu verdrängen, und er hatte sich tatsächlich eingebildet, der glücklichste der Ehemänner zu sein. Den Anlaß zum Zusammenbruch dieser Lebenslüge gab das häufige Zusammenkommen mit einer jungen weiblichen Angestellten von bemerkenswert schöner, üppiger Erscheinung, ähnlich den Frauen, die er in Paris und London gesehen hatte. Daß er in diese Person verliebt sei, merkte er freilich nicht gleich.

Er fühlte sich berufen, das Mädchen heimlich zu überwachen, um es vor den Nachstellungen eines anderen zu bewahren, und benutzte dazu unter anderem ein Zeißfernrohr, mit dem er sonst astronomische Beobachtungen ausführte. Durch dieses sah er denn auch einmal, wie sein Schützling glückselig am Arme des anderen spazierte. Erst diese Beobachtung machte ihm plötzlich klar, daß er selber in das Mädchen verliebt sei und mit seiner Frau durchaus nicht das große Los gewonnen habe, wie er sich eingebildet hatte. Die Lebenslüge, unter der er immer gestanden, wurde ihm klar, und die nun sofort ausbrechende Angstneurose war nichts anderes als ein Kampf zwischen dem stürmischen Verlangen nach einem ihm zusagenden Sexualobjekt und der Tendenz, diese sein Eheglück störende Triebrichtung aufs neue zu verdrängen.

Im letzten meiner Fälle von Eheglückslüge mit scheinbar äußerer Veranlassung war es Kinderlosigkeit, die den Grund dafür lieferte, daß eine sonst glücklich verheiratete Frau im klimakterischen Alter melancholisch wurde.

9. Sie hatte sich eingebildet, über ihre Kinderlosigkeit froh zu sein, Im 10. Jahr ihrer Ehe erkrankte sie aber an nervösen Schmerzen und Lähmungserscheinungen im rechten Arm, und im Klimakterium, d. h. also, als die stille Hoffnung, doch noch Kinder zu bekommen, endgültig aufgegeben werden mußte, traten bei bestimmten äußeren Anlässen periodische Depressionen auf, z. B. wenn ihre Mägde, die sie wie eigene Kinder hielt, erkrankten oder kündigten, wenn Kinder ihrer Geschwister, die sie bemutterte, konfirmiert wurden, oder wenn sie zu Weihnachten fremde Kinder beschenkte, d. h. also immer dann, wenn ein Ersatz versagte oder der Komplex stark angetönt wurde.

In der folgenden Gruppe von Fällen liefern die Eigenschaften des anderen Gatten keinen objektiv verständlichen Grund dafür, daß die Kranken sich nur mit Hilfe einer Lebenslüge der Täuschung hingeben konnten, sie seien glücklich verheiratet, während eigentlich das Gegenteil der Fall war.

Die Gründe dafür liegen vielmehr ausschließlich in der psychischen Einstellung des leidenden Teiles selbst.

Es gibt sehr viele Menschen, die sich innerlich nie ganz von ihrer

elterlichen Familie loslösen können, weil ihre ganze Libido bei Vater, Mutter oder Geschwistern unlöslich verankert ist.

Männer heiraten in solchen Fällen gewöhnlich nicht oder sehr spät und erweisen sich dann meistens als impotent oder latent homosexuell.

Frauen sind in diesem Falle häufig sexuell frigid, können aber dennoch scheinbar glücklich verheiratet sein. Ihr Glück beruht dann aber nicht auf ihrer Liebe zu ihrem Manne und zu ihren Kindern, sondern in dem in möglichst großem Umfang aufrechterhaltenen Zusammenhange mit ihrer elterlichen Familie.

Bei schizophrenen Frauen kann es vorkommen, daß sie sich in der Familie ihres Mannes sozusagen nur auf Besuch oder in den Ferien befinden, ihre eigentliche Heimat ist und bleibt die elterliche Familie.

Ihr Eheglück beruht auf einer typischen Lebenslüge. Anlässe zu ihrem Zusammenbruch und zum Ausbruch der Psychose sind in solchen Fällen häufig Geburten oder der Tod oder die Wiederverheiratung eines der Eltern resp. Geschwister.

10. Eine junge Frau erkrankte im zweiten Wochenbett an akuter Katatonie. Unter anderem glaubte sie, ihr Mann, sein Haus und alles, was zu ihm gehörte, sei fremd, unwirklich.

Sie war als einziges Kind von ihren Eltern verhätschelt und von jedem Verkehr ferngehalten worden. Nach ihrer Verheiratung weilte die Mutter fast immer bei ihr und besorgte alles für sie. Ihr Mann kam sich nach seinem eigenen Ausspruch immer noch wie ein Fremder in der Familie seiner Frau vor. Ein erster leichterer Schub war schon im ersten Kindbett ausgebrochen, heilte aber im Hause der Mutter der Kranken rasch ab.

11. Eine 30jährige Frau erkrankte nach dem Tode ihres Vaters an Angsthysterie. Sie hatte dem Vater zu Liebe einen jüngeren Mann, den sie sonst recht lieb hatte, abgewiesen. Bald darauf führte ihr der Vater einen anderen Bewerber zu, den sie ebenfalls ausschlug. Der erste näherte sich ihr wieder, und in ihrer Angst, ihm nachgeben und dadurch wirklich ihrem Vater untreu zu werden, verlobte sie sich Hals über Kopf mit einem Nachbarsohn, den sie nie hatte leiden mögen, der in keiner Hinsicht ihrem so hoch verehrten Vater glich, und von dem sie sicher war, daß sie sich nie in ihn verlieben werde. Sie war dann auch von Anfang an in der Ehe frigid und fühlte sich nur zu Hause bei ihren Eltern wohl.

12. Eine etwa 35jährige Frau erkrankte nach der Geburt ihres dritten Kindes an schweren Angstanfällen und Wutausbrüchen. Sie träumte beständig von Leichen und Feuer, fürchtete sich vor Menschenansammlungen und hatte das Gefühl, sie kenne ihren Mann nicht mehr,



er sei ein Fremder, ihre rechte Hand gehöre jemand anderem. Nach jedem Koitusversuch bekam sie nervöse Aufregungen, Herzklopfen und glaubte sterben zu müssen. Sie war von jeher frigid gewesen, klagte aber dennoch über mangelhafte Potenz ihres Mannes. Schon während der zwei ersten Kindbetten litt sie an nervösen Erregungen und Schwächezuständen. Ihr Mann litt an neurasthenisch-hypochondrischen Erscheinungen.

Trotz alledem behauptete sie, ihren Mann über alles zu lieben und glücklich verheiratet zu sein.

Die Analyse zeigte freilich, daß diese Behauptung auf arger Selbsttäuschung beruhte, also eine Lebenslüge war, die zusammenbrach, als die im Stillen stets genährte Hoffnung, doch wieder zu dem über alles geliebten Vater zurückkehren zu können, sich nicht mehr aufrechterhalten ließ.

Soweit sich die Kranke zurückerinnern konnte, hing sie mit inbrünstiger Liebe an ihrem Vater. Schon früh suchte sie ihm das zu ersetzen, was er an seiner stets kränklichen Frau vermißte. Sie bemutterte ihre Geschwister, besorgte den Haushalt, beaufsichtigte das Wirtschaftpersonal.

Schon als Schulkind und später mit etwa 18 Jahren machte sie schwere hysterische Dämmerzustände durch, das erste Mal nach einem Selbstmordversuche des Vaters, das zweite Mal, nachdem sie ihn in flagranti mit einer liederlichen Angestellten erwischte. Sie ruhte nicht, bis diese Person aus dem Hause war, und als dieselbe bald nach dem Tode der Mutter der Patientin wieder erschien, benahm sich die Tochter ihrem Vater gegenüber genau wie eine eifersüchtige Frau. Sie beobachtete Vater und Nebenbuhlerin auf Schritt und Tritt, demonstrierte ihm deren Untreue ad oculos und versprach ihm schließlich, ihr Lebtag ledig und bei ihm bleiben zu wollen, wenn er diese Person fortschicke. Diese aber zwang den Vater der Kranken mit der Behauptung, von ihm schwanger zu sein, zur Heirat.

Sofort verließ nun die Kranke das Haus ihres Vaters und verehelichte sich ohne Besinnen mit dem ersten auftauchenden Bewerber, einem etwas waschlappigen, wenig potenten Manne, der das ausgesuchte Gegenteil ihres geliebten Vaters war. Zu diesem Entschluß bewog sie aber die heimliche Hoffnung, ihr Vater werde seine Geliebte doch noch fahren lassen und sie zurückrufen. Auch nach ihrer und des Vaters Verheiratung gab sie die Hoffnung nicht auf, die Scheidung der einen oder anderen oder beider Ehen werde ihr die Rückkehr ins Vaterhaus wieder ermöglichen. Jede Schwangerschaft der Kranken selber und ihrer Stiefmutter, die zufällig zeitlich immer zusammenfielen, machte aber die erhoffte Lösung unwahrscheinlicher und verschlimmerte deshalb auch die nervösen Erscheinungen.

Die Heilung wurde durch zwei Zwischenfälle etwas verzögert. Die Kranke war zweimal Augenzeuge schwerer neurotischer Aufregungen



bei Freundinnen, als deren tiefere Ursache sie ganz richtig sofort unglückliche Liebesverhältnisse vermutete.

Nicht uninteressant ist, daß die Kranke schon mit 30 Jahren ergraute und so alt aussah, daß sie von Unbekannten als Frau ihres Vaters und Mutter ihres Mannes angesehen werden konnte.

Nicht immer liegt einer unterbewußten Ehetragödie so deutlich, wie in den eben erwähnten Fällen, eine ungenügende Libidoablösung von der infantilen Übertragung auf den entsprechenden Elternteil zugrunde.

Es gibt auch sogenannte Vernunftehen, deren Glück deshalb nicht echt zu sein scheint, weil die psychosexuellen Konstitutionen der beiden Ehehälften nicht zusammenpassen.

In meinen zwei weiblichen Fällen spielte der sogenannte Vaterkomplex allerdings auch noch eine recht wichtige Rolle.

Es gibt Frauen, die es fertig bringen, sich selber ihr ganzes Leben lang für hoch moralisch und anständig zu halten, während sie von Hause aus eigentlich sehr stark erotisch, um nicht zu sagen dirnenhaft, veranlagt sind. Sie verwenden eine Unmenge Mühe darauf, ihre starken sexuellen Instinkte zu unterdrücken, und fallen nach außen durch eine gewisse Hyperprüderie und peinlich strenge Sittengrundsätze auf. Die Überkompensation kann so weit gehen, daß sie sogar den legitimen Geschlechtsverkehr als etwas Tierisches perhorreszieren und frigid erscheinen. Aber auch diese Art Lebenslüge kann, selbst wenn sie noch so gut gestützt ist, bei bestimmten Gelegenheiten zusammenbrechen und einer Neurose oder Psychose Platz machen.

Hierfür möchte ich nur ein einziges Beispiel anführen, dies aber ausführlich, da es in verschiedener Beziehung recht interessant ist.

13. Eine Ende der 40er Jahre stehende Frau mußte psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen, weil schwere Depressionszustände mit taedium vitae und unbegründete eifersüchtige Wutanfälle gegen ihren Gatten ein Weiterleben in der Familie als bedenklich erscheinen ließen.

Wie in fast allen Fällen von beinahe monosymptomatischer Eifersucht stieß die Psychoanalyse auf große Widerstände und zog sich über recht lange Zeit hin.

Die uns hier besonders interessierenden Resultate will ich in gedrängter Kürze anführen:

Als sie 2 Jahre alt war, starb ihre Mutter, deren einziges Kind sie war. Sie wurde von den Großeltern m. s. aufgenommen und erzogen. Da verschiedene Geschwister ihrer Mutter ethisch defekt waren und ihr Vater in leichtsinniger Weise mit ihm anvertrauten Geldern umgegangen



und in Konkurs geraten war, schien es ihren Großeltern angezeigt, das solchermaßen in sittlicher Beziehung von vornherein gefährdet erscheinende Kind ganz besonders sorgfältig zu erziehen. Immer und immer wieder wurde es auf die schrecklichen Folgen eines leichtsinnigen Lebenswandels aufmerksam gemacht und ihm die Vorteile eines streng rechtlichen und sittenreinen Verhaltens vorgeführt. Ihr Vater, der später wieder unter seinem Stand geheiratet hatte, wurde ihr als warnendes Beispiel vorgehalten und bei seinen gelegentlichen Besuchen mit Herablassung und eisiger Kälte behandelt. Schon sehr früh wurde dem Mädchen auch beigebracht, daß sie nur durch baldige Verheiratung mit einem in jeder Beziehung tadellosen und reichen Manne den auf ihrer Familie haftenden Makel tilgen und sich selber gegen die in ihr schlummernde üble Anlage schützen könne.

Sie selber verglich einmal die Lebensanschauungen und Charaktereigenschaften ihres Großvaters mit dem „Empire-", die ihres Vaters mit dem „Rokokostil". Daß sie von Hause aus ein reichliches Teil Rokokoeigenschaften mitbekommen hatte, zeigte sich schon sehr bald. Schon mit 4 Jahren verliebte sie sich schwärmerisch in ein 6 Jahre altes Bübchen und trieb mit einem Schokoladenbildchen, das sie für sein Konterfei hielt. einen heimlichen Kultus.

Mit 15 Jahren verliebte sie sich in einen etwas senilen Lehrer, der an ihr allerlei sexuelle Manipulationen ausübte. Eine alte Magd roch aber Lunte und warnte sie so eindringlich, daß ihr angst und bange wurde und ihre frühreife Erotik einer starken Sexualablehnung Platz machte.

Mit 18 Jahren verliebte sie sich wieder in einen jungen, etwas leichten Herrn, tanzte trotz Verbotes während der Menstruation mit ihm eine ganze Nacht durch, bekam dann Cystitis usw. und kam körperlich stark herunter.

Bald darauf bekam sie einen Heiratantrag von einem 20 Jahre älteren, reichen Herrn von sehr gutem Rufe.

Es kostete sie schwere Seelenkämpfe, bis sie schließlich Ja sagte. Ausschlaggebend war, daß ihr Jugendfreund noch jahrelang nicht ans heiraten hätte denken können, und daß sie selber das Gefühl hatte, es sei für sie das beste, so früh als möglich zu heiraten, um eine starke Hand über sich zu haben. Mitbestimmend war auch, daß der Bewerber in die Familie des Jugendfreundes gehörte, alle die Eigenschaften besaß, die sie an ihrem Großvater so hoch schätzte und ihr alle Gewähr dafür bot, daß sie auch fernerhin auf demselben Fuße leben könne, wie sie es vom Hause des Großvaters her gewohnt war.

Seit dem Erlebnis mit dem Lehrer hatte sie sich als Ideal vorgestellt, mit einem älteren Witwer mit sechs halberwachsenen Kindern ohne alle erotischen Bedürfnisse verheiratet zu sein, und bildete sich in einer Art moralischer Eitelkeit auf dieses Ideal viel ein. Sie hoffte nun, daß ihr um so viele Jahre älterer Bräutigam diesem merkwürdigen Mädchenideal ziemlich nahe kommen werde.



Um sich auf die bevorstehende Hochzeit körperlich zu rekonstituieren, wurde sie in eine Kaltwasserheilanstalt verbracht, wo sie unter anderem Vaginalirrigationen bekam, aber auch mehrmals gynäkologisch untersucht wurde. Als sie einmal zufällig Augenzeuge eines etwas handgreiflichen Flirtes zwischen ihrem Arzte und einer jungen Dame wurde, gewahrte sie zu ihrem Entsetzen, daß sie auf dem besten Wege gewesen war, sich in diesen Arzt zu verlieben. Über diesen Durchbruch der gefürchteten Rokokoeigenschaften aufs tiefste erschrocken, beschloß sie, heimzukehren und „mit Hochdruck ihre körperliche und moralische Reinigung zu betreiben". Als geeignetstes Mittel dazu erschienen ihr Vaginalspülungen mittels eines an die Hochdruckwasserleitung angeschraubten Schlauches.

Diese Manipulationen vermochten allerdings ihr erotisches Feuer etwas zu löschen, steigerten aber die chlorotischen Erscheinungen, und sie trat in nicht gerade guter körperlicher Verfassung in die Ehe.

Als sie nun noch bemerken mußte, daß ihr Mann durchaus nicht frei von erotischen Bedürfnissen sei, und daß auch sie sinnlicher Gefühle noch nicht entbehre, kam sie sich vor wie eine Prostituierte, und es brach eine schwere Depression aus, die während der ganzen ersten Schwangerschaft andauerte.

Es gelang ihr aber doch wieder, sich in die Rolle der glücklich verheirateten Frau hineinzulügen, indem sie aktiv alle etwa auftauchenden wärmeren Gefühle für ihren Mann unterdrückte und es sogar fertig brachte, beim Koitus frigid zu bleiben. Sie mußte dies tun, da sie diesen alten Mann ja überhaupt nur geheiratet hatte, um rein zu bleiben, und da ja ihr ganzes erotisches Fühlen entweder unrein war, oder ihrem unvergessenen Jugendfreunde angehörte, für den sie sich eigentlich hatte jungfräulich halten wollen. Sie zwang deshalb auch ihren Mann, nachdem der Chok der ersten Schwangerschaft überwunden war, zuerst zu Coitus inter., dann zu Condomverkehr, und als trotzdem eine zweite Schwangerschaft erfolgte, brachte sie es sogar so weit, ihn während vieler Jahre überhaupt von sich fernzuhalten.

Aber trotz alledem, und trotzdem sie noch reichlich in körperliche Krankheiten aller Art konvertierte, brach ihr Rokokotemperament von Zeit zu Zeit doch durch. Sie leistete sich mehrere, allerdings ganz platonische, aber recht schwärmerische, außereheliche Freundschaften.

Die Verheiratung ihres Jugendfreundes brachte ihr die Lebenslüge, unter der sie stand, deutlich zum Bewußtsein und verursachte bei ihr, wie sie sagte, einen vollständigen körperlichen Zusammenbruch.

Eine der wichtigsten Stützen für ihre Lebenslüge war die Annahme, daß, wenn nicht sie ihren Mann, so habe doch wenigstens er sie aus reiner Liebe geheiratet, weder aus Leidenschaft, noch aus materiellen Gründen, auch nicht par dépit oder faute de mieux. Allerdings war auch diese Hypothese schon einmal ins Schwanken gekommen, als ihr ihre beste



Freundin anvertraute, daß der Mann der Pat. sie zuerst um ihre Hand gefragt habe. Aber sie hatte diese peinliche Geschichte mit allerlei Gründen einigermaßen zu verdrängen verstanden.

In ihrem 44. Lebensjahr bemerkte sie nun, daß sich ein älteres, kokettes Fräulein eifrig an ihren Mann heranmachte und ihm nicht ganz gleichgültig geblieben sei. Damit war der Anstoß zum abermaligen Zusammenbrechen ihrer Lebenslüge gegeben, denn dieses Vorkommnis schien ihr zu beweisen, daß ihr Mann sie doch nur faute de mieux geheiratet hatte, daß auch er trotz aller Empireeigenschaften wie alle Männer rohsinnlich sei, daß sie also doch wie eine Prostituierte gelebt habe, und daß alle ihre Mühe, ihre eigene Rokokonatur zu unterdrücken, wertlos gewesen sei.

Freilich spielte bei dem nun erfolgenden Ausbruch ihrer schweren Neurose auch die bevorstehende Klimax eine Rolle. Sie selber sagte diesbezüglich sehr nett: „Wissen Sie, Hr. Dr., ich bin eigentlich nicht krank, aber ich merke, daß ich im Herbst bin, und kann nicht in den Winter hinein, denn ich habe ja keinen Sommer und keinen Frühling erlebt".

In diesem Falle kam es überaus klar zum Ausdruck, daß es Frauen gibt, die sich symbolisch für ihren ursprünglichen Geliebten jungfräulich erhalten, eben indem sie frigid bleiben gegen ihren Mann. Daß sie sich dennoch einbilden können, in glücklicher Ehe zu leben, ist aber eben nur mit Hilfe der unbewußten Hoffnung möglich, das große Glück werde doch noch kommen, und auch mit Hilfe von Konversionen und gelegentlichen Übertragungen.

Anlässe zu teilweisem und schließlich völligem Versagen der Lebenslüge waren in diesem Falle: unerwartete Sinnlichkeit des Mannes, Schwangerschaften, Verheiratung des Jugendgeliebten, bevorstehende Menopause.

14. Eine 24jährige Frau erkrankte bald nach der Verheiratung schon in der ersten Schwangerschaft an nervösen Angstzuständen, denen sich etwa ein Jahr nach der Geburt peinigende Zwangsgedanken zugesellten, sie müsse ihrem Kinde oder ihrem Manne etwas antun, mit einem Messer den Kopf spalten, ins Wasser werfen u. dgl. Als sie 29 Jahre alt war, starb ihre Mutter, gegen die sie kurz vorher auch schon Zwangsgedanken empfunden hatte, und nun verschlimmerte sich ihr Zustand rapid. 2 Jahre später kam sie in meine Behandlung. Sie hatte nun auch Zwangsimpulse, sich selber etwas anzutun. Es zeigte sich, daß sie daneben auch noch an übertriebener Einbrecherangst litt, überall sexuelle Attentate witterte, und daß alle ihre Träume immer nur den gleichen Wunsch enthielten, einen anderen Mann zu bekommen, kein Kind zu haben, ein Dirnenleben führen zu können.

Als Kind war sie sehr erotisch veranlagt, hatte eine stark ambivalente Vaterübertragung, war sehr früh entwickelt, wurde eifrig umworben und hatte später viel unter sexuellen Nachstellungen zu leiden. Ihr Vater äußerte schon früh die Befürchtung, daß sie erotischen Verführungen unterliegen werde, und stellte ihr die schrecklichsten Strafen in Aussicht für den Fall, daß sie einmal unehelich schwanger werden sollte. Sie sah deshalb in jedem harmlosen Flirt eine sittliche Gefahr, wollte partout keine ausgeschnittenen Kleider und schon sehr früh keine kurzen Röcke mehr tragen, um nur ja kein Aufsehen zu machen. Sie bemühte sich überhaupt, so zurückgezogen wie nur möglich zu leben.

Schon mit 18 Jahren tauchten verschiedene ernsthafte Bewerber auf, aber fast bei allen fürchtete sie unreelle Absichten. Mit 19 Jahren verlobte sie sich, nachdem sie lange zwischen einem Holländer und einem Deutschen geschwankt hatte, mit dem Deutschen, der ihr als besonders ernsthaft und solid geschildert worden war. Es trat dann aber zwischen den Brautleuten eine gewisse Erkaltung ein, sie bekam Angst, daß die Sache ausgehen könnte, und um ihren Bräutigam zum Vorwärtsmachen zu zwingen, griff sie zu einem etwas sonderbaren Mittel, das aber ihrer ursprünglich dirnenhaften Veranlagung sehr gut entsprach. Sie nahm eine Stelle als Büfettdame, ließ sich ein wenig poussieren und reizte so die Eifersucht ihres Bräutigams, der ihr schließlich gegen das Versprechen, ihre Stelle aufzugeben, einen bestimmten Heiratstermin in Aussicht stellte. Da ihr Mann gutmütig, solid und recht vermöglich war, hätte die Ehe von ihm aus glücklich werden können, schien es nach außen auch zu sein, und die Kranke selber behauptete, abgesehen von ihrer Nervosität, durchaus glücklich zu sein. Leider war aber ihr Mann sexuell nicht sehr leistungfähig, und ihre Meinung, daß die Erotik für sie keine große Rolle spiele, beruhte auf arger Selbsttäuschung. Um diese aufrecht zu erhalten, unterdrückte sie alle sinnlichen Regungen auch gegenüber ihrem Mann und brachte es fertig, schon recht bald sexuell frigid zu sein. Als Grund für die aktive Unterdrückung der erotischen Gefühle gab sie allerdings zuerst an, sie habe sich vor erneuter Schwangerschaft gefürchtet und geglaubt, es komme ohne Orgasmus nicht zur Konzeption. Warum sie keine Kinder mehr haben wollte, wußte sie aber selber nicht.

Je tiefer die Analyse ging, desto klarer zeigte es sich, daß sie ihre ursprünglich schwer erotische Veranlagung dem Vater zu Liebe verdrängt hatte, daß diese Veranlagung aber doch schuld war, daß sie in ihrer Ehe unbefriedigt blieb. Ihre ganze Zwangsneurose war ein steter verzweifelter Kampf zwischen der selbstbetrügerischen Absicht, eine anständige Frau zu sein, und der ursprünglichen polygamen Veranlagung.

Es war denn auch kein Zufall, daß sich ihr Zustand nach dem Tode ihrer Mutter rapid verschlimmerte. Unmittelbar nachher verheiratete sich nämlich ihr Vater wieder mit einem jungen Mädchen. Er, dem zu Liebe sie ihre erotischen Instinkte mit so großer Mühe verdrängt hatte,

war also auch nicht imstande, sich zu beherrschen. Ihr Mühen mußte ihr somit völlig zwecklos erscheinen.

15. Ein etwa 50jähriger Herr konsultierte mich wegen allerlei hypochondrischen Befürchtungen und neurasthenischen Beschwerden, zu denen sich vor kurzem nächtliche Angstanfälle mit Selbstmordideen gesellt hatten. Er war sexuell sehr anspruchvoll und fand in seiner Ehe nicht volle Befriedigung. Die nervösen Symptome zeigten auf den ersten Blick, daß ihnen unbefriedigte Sexualität zugrunde liege, und er litt eigentlich schon seit vielen Jahren an den gleichen Beschwerden, neu waren einzig die schweren Angstanfälle.

Er ließ sich von einem, ihm als geschickt empfohlenen Hypnotiseur behandeln und erzählte mir dann später, daß er sich wochenlang ohne Erfolg habe hypnotisieren lassen. Er sei dann aber plötzlich gesund geworden, nachdem er durch einen glücklichen Zufall einen schweren, finanziellen Verlust wieder habe einbringen können, der ihn mit geschäftlichem Ruin bedroht hatte, und der allein die Ursache seiner akuten Zustandverschlimmerung gewesen sei.

Dem sehr unternehmunglustigen und routinierten Geschäftsmann war es also viele Jahre lang gelungen, durch Sublimierung in seinen Beruf trotz unbefriedigter Sexualität scheinbar glücklich und, abgesehen von leichteren hypochondrisch-neurasthenischen Erscheinungen, gesund zu sein. Sobald aber die Sublimierungsmöglichkeit ins Wanken geriet, drohte auch die mühsam aufrechterhaltene Lebenslüge bewußt zu werden und eine schwerere Neurose auszubrechen.

Als Paradigma einer sogenannten „glücklichen Vernunftehe“, deren Glück auf Lebenslüge beruhte, mag noch folgender Fall erwähnt sein:

16. Eine 40jährige Frau erkrankte an Schlaflosigkeit und Angstzuständen und wurde nach einem Suizidversuch in die Anstalt verbracht.

Eine Krankheitursache konnte niemand angeben. Sie selber hielt sich für glücklich verheiratet, und jedermann glaubte ihr das und zwar um so mehr, als sie sich gegen die sonst allgemein bekannte Trunksucht ihres Mannes sehr tolerant zeigte, ihn gegen alle diesbezüglichen Angriffe in Schutz nahm und auch die Bemühungen seiner Freunde, ihn zur Abstinenz zu bewegen, nur sehr flau unterstützte.

Die Kranke selber gab als Grund ihrer Depression drei Ärgernisse an: 1. daß ihr Mann einen Hund nicht abschaffen wollte, der viel Unordnung im Hause machte; 2. daß ihre Tochter ohne Vorwissen der Mutter eine Einladung angenommen habe; 3. daß ihr Mann soviel ins Wirtshaus gehe. Ihrem Manne war noch aufgefallen, daß die Krankheit ausbrach, nachdem ein Lehrer, der in der Familie Kost und Logis hatte, wegzog. Die von der Kranken angeführten Gelegenheitsursachen schienen sehr wenig stichhaltig, denn der beanstandete Hund war seinerzeit auf ihren Wunsch angeschafft worden, und die Einladung, welche ihre Tochter

angenommen hatte, hätte leicht zu einer guten: frühen Verheiratung des Mädchens führen können, welche die Pat. vorher selber befürwortet hatte, und für den Alkoholismus ihres Mannes war sie sonst blind gewesen.

Die Analyse zeigte trotzdem, daß die von der Kranken angegebenen Banalitäten am Ausbruch ihrer Neurose wesentlich beteiligt waren:

Ihre Mutter hatte ihr schon früh beigebracht, daß man bei der Wahl des Gatten nicht das Herz, sondern den Kopf sprechen lassen müsse, und pflegte zu sagen, jede Hochzeit stimme sie traurig. Auf ihren Rat ließ die Kranke einen jungen, einfachen Menschen, in den sie sehr verliebt war, fahren und heiratete den ihr von der Mutter ausgesuchten, viel vornehmeren Mann. Sie betonte immer wieder, daß dies ihr Glück gewesen sei, und erklärte ihre sexuelle Frigidität mit der Behauptung, daß sie von jeher eine kalte Natur gewesen sei, der alles Sinnliche fremd und alles Erotische zuwider war. Schon die Zärtlichkeiten ihres Bräutigams erschienen ihr als unerlaubte Zudringlichkeiten, auf der Hochzeitreise litt sie an nervösem Herzklopfen und Zornanfällen, und es war ihr stets unerträglich gewesen, Augenzeuge von Zärtlichkeiten zwischen Brautleuten zu sein.

Trotzdem sie nach ihren eigenen Angaben zu ihrem Glücke die vornehmere Partie vorgezogen hatte, schwärmte sie seit dem Einzuge des schon erwähnten Lehrers in ihr Haus auffallend für einfache, schlichte Menschen, nahm es sehr übel, daß ihre ältere Tochter in ein feines Pensionat geschickt worden war, und warf ihr vor, den einfachen Lehrer nicht mit genügend Respekt zu behandeln. Dies alles geschah aber nur, weil sie wußte, daß dieser einfache, rechtschaffene Mensch ebensolche Mädchen vornehmen Damen vorzog. Im stillen wollte sie ihn zu ihrem Schwiegersohne machen. Da er Hunde liebte, hatte sie die Anschaffung eines solchen gegen den anfänglichen Widerstand ihres Mannes durchgesetzt.

Zum Schwiegersohne wünschte sie ihn aber eigentlich nur, um ihn dadurch an ihr Haus zu fesseln, denn sie selber war in ihn bis über die Ohren verliebt, weil gerade sein einfach frommes Wesen sie an ihren ursprünglichen Geliebten erinnerte. Bewußt wurde ihr diese Verliebtheit aber erst, als er plötzlich ihr Haus verließ, um eine Wirtstochter zu heiraten, was auch ihre plötzliche Aversion gegen den Wirtshausbesuch ihres Mannes erklärt. Jetzt erst wurde ihr aber auch klar, daß ihr Eheglück und ihr ganzes Leben eine einzige große Lüge gewesen war, und in diesem Augenblick brach die Neurose aus.

Kennzeichnenderweise schwärmte sie nach ihrer Entlassung aus der Anstalt nicht mehr für einen einfachen Schwiegersohn, sondern setzte alle Hebel in Bewegung, um ihre Tochter zu veranlassen, eine Herzensneigung der viel vornehmeren Partie zuliebe aufzugeben, die sie für sie ausgesucht hatte. Ihre eigene Ehe führte sie dabei als Beweis dafür an, daß nur Vernunftehen glücklich werden. Sie scheint also einfach die alte Lebenslüge wieder aufgenommen zu haben.



Die letzten Reste ihrer Neurose aber schwanden erst nach dem Tode des Gatten, was allgemein auffiel, da ihr nahestehende Personen von diesem Ereignis eher eine Wiederverschlimmerung ihres Zustandes erwartet hatten.

In zwei Fällen erinnert der Charakter des Mannes in mancher Hinsicht an das, was *Freud* Analcharakter nennt. Da die beiden Männer aber im übrigen rechtschaffene, gute Ehemänner sind, blieb es ihren Frauen lange verborgen, daß sie eigentlich schwer unter den Eigenheiten ihrer Gatten litten und ihr Eheglück auf Selbsttäuschung beruhte.

17. 18. Beide Frauen rächten sich für die Unbill, die ihnen ihre etwas geizigen Männer zufügten, durch heimliches Schuldenmachen resp. kleine Unterschlagungen und hielten sich durch Verkehr mit nicht ganz einwandfreien Personen resp. kleine Flirts für manches schadlos, das ihnen in der Ehe versagt blieb. Abgesehen davon waren sie durchaus Mustergattinnen und scheinbar glücklich. Bei der einen brach die Neurose aus nach dem Tode ihres ältesten Sohnes, in dem sie schon früh das gefunden hatte, was sie an ihrem Manne vermißte.

Die andere erkrankte das erste Mal nach längerer körperlicher Krankheit, das zweite Mal nach der Rückkehr ihrer Tochter aus dem Welschland, Anlässen, die es ihr verunmöglichten, die zur Aufrechterhaltung ihrer Glückslüge unerläßlichen kleinen Betrügereien und Liaisons fortzusetzen.

Bei Landleuten wird eine Glückslüge oft durch Sublimierung auf das Gewerbe ermöglicht. Bei jedem der oft plötzlichen Verluste oder Mißerfolge, von denen die Landwirtschaft ja stets bedroht ist, versagt aber der Mechanismus zum Teil. Krankheit bei Menschen in der arbeitreichen Zeit oder gar beim Vieh führen besonders oft zu plötzlich ausbrechenden psychischen Depressionen, aber auch das Klimakterium kann diese Art Lebenslüge umstürzen.

19. Eine 48jährige Bäuerin erkrankte bald nach dem Tode ihres jüngsten Sohnes an präseniler Melancholie, die mit Suizid endete. Sie jammerte in charakteristischer Weise über drohende Verarmung, klagte sich aber auch an, den Tod ihres Kindes verursacht zu haben, weil sie es vermeintlicher Faulheit halber einmal gezüchtigt hatte, als es schon krank war.

Sie hatte in ihrer Jugend einen Schatz gehabt, den sie aber nicht heiraten konnte. Mit 29 Jahren heiratete sie dann einen bedeutend jüngeren, sehr geizigen Mann, der sie hauptsächlich als Arbeitkraft schätzte. Sie war kolossal fleißig und scheinbar glücklich. In der ersten Schwangerschaft äußerte sie den Wunsch, wieder ledig zu sein, und bei jeder weiteren Gravidität jammerte sie über die dadurch verursachte Einbuße an Arbeit-



fähigkeit. Aus diesem Grunde wurde der sexuelle Verkehr möglichst eingeschränkt.

Krankheiten der Kinder beklagte sie hauptsächlich deswegen, weil sie durch die dabei nötige Pflege den Feldarbeiten entzogen wurde. Wenn ein Kalb abgetan werden mußte oder die Kartoffeln mißrieten, brach eine Depression aus.

Der jüngste Bub war ihr besonders unwillkommen gewesen. Als er sich dann aber anscheinend besonders kräftig entwickelte und eine wertvolle Arbeitkraft zu werden versprach, söhnte sie sich mit dem Familienzuwachs wieder aus. Um so schwerer empfand sie dann seine scheinbare Faulheit und später seine langdauernde Krankheit, die sie in der arbeitreichsten Zeit des Jahres am Bestellen der Felder hinderte.

Ätiologisch fällt aber auch noch ins Gewicht, daß bald nach dem Tode des Knaben eine Kuh und ein Kalb abgetan werden mußten und die Frau ins Klimakterium eintrat.

20. Eine scheinbar ganz glücklich verheiratete Frau, die als junge Tochter schon einmal eine nervöse Störung durchgemacht hatte, wurde in den Abänderungsjahren auffallend religiös, war mehrere Jahre nacheinander im Winter immer deprimiert und brachte dann jeweils einige Wochen in einer Gebetsheilanstalt zu.

In ihrem 68. Jahre litt sie an Lebensüberdruß und einer Menge Versündigungswahnideen, Sie behauptete, die Großmutter, womit sie aber ihre Schwiegermutter meinte, nicht recht gepflegt zu haben, und klagte, daß sie den Teufel im Herzen, keinen Glauben, die Sünde gegen den heiligen Geist begangen habe. Sie habe die himmlische Liebe gehabt, wieder verloren, und als sie ihr wieder angeboten wurde, habe sie sie nicht angenommen.

Merkwürdig war, daß sie sich in der Anstalt rasch besserte, aber regelmäßig ein Rezidiv bekam, wenn sie entlassen werden sollte.. Wie aus ihren späteren Angaben hervorging, waren ihre soeben kurz skizzierten Wahnideen nichts Anderes, als eine Art symbolische Übersetzung ihrer psychosexuellen Schicksale.

Sie war sexuell schon sehr frühreif und stark erregt, fing früh an zu onanieren, wurde mit 15 Jahren von ihrem Dienstherrn verführt und verkehrte dann aus freiem Willen noch längere Zeit geschlechtlich mit ihm. Später verliebte sie sich in einen jungen Mann namens Johannes, der um sie anhielt. Es sei ihr aber mit ihm genau wie mit dem Heiland gegangen, sie habe einfach nicht Ja sagen können und damit die Liebe verloren, zuerst die irdische und dann die himmlische.

Mit 27 Jahren heiratete sie, um ihrer Mutter helfen zu können, aber nicht aus Liebe. Sie habe ihren Mann nur „gehabt", nie geliebt, d. h. sie war sexuell frigid. Sie hätte am liebsten gar keine Kinder von ihm gehabt, bildete sich ein, sie nicht erziehen zu können. Die Gleichgültigkeit für ihren Mann übertrug sie auch auf dessen Mutter, die sie tatsächlich nur notdürftig pflegte.



Trotzdem bildete sie sich aber ein, ganz glücklich zu sein, und hatte nur ganz vage das Gefühl, daß ihr etwas fehle, daß noch etwas kommen müsse. Dieses Etwas war natürlich das noch fehlende Liebesobjekt. Als dann die Menopause eintrat, war es mit der Hoffnung auf irdische Liebe aus, und sie versuchte es mit der himmlischen, die sie auch lange Zeit besessen habe. Dann aber habe sie gegen den Heiland, den sie sich unter den Zügen ihres früher geliebten Johannes vorstellte, fleischliche Gedanken bekommen, habe sogar in Gedanken an ihn onaniert, d. h. die Sünde gegen den heiligen Geist begangen und die himmlische Gnade ebenso von sich gewiesen, wie seinerzeit die Hand Johannes'.

Mit anderen Worten ausgedrückt: mit Hilfe religiöser Sublimierung gelang es ihr noch einige Zeit über das Klimakterium hinaus die Fiktion, glücklich gelebt zu haben, aufrechtzuerhalten. Sobald aber die Sublimierung versagte, brach eine recht schwere Psychose aus.

Mit diesem Falle will ich die Reihe der Beispiele schließen, die zeigen sollten, daß ein scheinbares Eheglück oft nur auf einer Lebenslüge basiert, die bei den verschiedensten Anlässen ins Wanken kommen oder zusammenbrechen muß, wobei es dann zum Ausbruch schwerer psychischer Störungen kommen kann.

Die Lebenslüge kann auch darin bestehen, daß man sich einredet, sich mit vollem Erfolg mit dem Verzicht auf Liebesbetätigung abgefunden zu haben, oder sogar glaubt, daß das Glück eben auf dem Verzicht auf Liebesgenuß beruhe.

Ein solches Glück entpuppt sich manchmal ganz plötzlich als Lebenslüge, wenn die sie stützende Übertragung auf eine bestimmte Person versagt und damit eine sit venia verbo Surrogatehe aufgelöst werden muß, aber auch, wenn eine Sublimierung versagt, oder die unbewußt vorhandene Hoffnung, doch noch ein Liebesobjekt zu finden, schwindet.

Gläubigen Katholiken hilft die Anwartschaft auf die Brautschaft Christi, diese Art Lebenslüge über die Zeit irdischer Liebesmöglichkeit hinaus festzuhalten, Mohammedanern vielleicht hie und da die Gewißheit erotischer Genüsse im Jenseits.

In zwei Fällen gab eine kräftige Geschwisterübertragung die Möglichkeit und vielleicht auch den Grund zum Verzicht auf Liebesgenuß.

21. 22. Zwei Geschwister, Bruder und Schwester, Landleute, blieben aus nicht näher aufgeklärten Ursachen ledig, lebten beieinander und schienen durchaus glücklich. Der 2 Jahre ältere Bruder brauchte freilich zur Unter-



stützung seiner Lebenslüge eine Dauernarkose durch Alkohol, die ihn in seinem 48. Lebensjahr ins Irrenhaus brachte, wo er bald darauf starb.

Seine Schwester lebte nun allein. 2 Jahre später, in ihrem 49. Lebensjahre, wurde auch sie in die Irrenanstalt gebracht, weil sie nachts hilfesuchend im Dorf herumirrte. Sie meinte, gar nicht geisteskrank zu sein, sondern nur an Heimweh nach dem verstorbenen Bruder zu leiden. Sie verlangte aber sofort ganz besonders kräftige Kost, da sie unbedingt schnell gesund werden müsse, weil der ledige Pfarrer X. sie in den nächsten Tagen heiraten wolle.

Nach Ablauf eines ziemlich akuten Stadiums lebte sie in steter ruhiger Gelassenheit stillvergnügt vor sich hin, war fest davon überzeugt, mit dem Anstaltdirektor verheiratet zu sein, und inszenierte bei jeder der nur noch selten eintretenden Menstruationen eine kleine Niederkunft.

23. Von 16 Geschwistern blieben eine Schwester und ein Bruder bei der Mutter zu Hause, die anderen verheirateten sich, oder gingen sonst frühzeitig weg. Der Bruder hatte sich mehrfach verlobt, ließ aber alle Brautschaften wieder ausgehen.

Die Schwester kam in ihrem 33. Lebensjahr, also ungefähr zu dem letzten Termin, der für sie für eine Heirat noch hätte in Betracht kommen können, in irrenärztliche Behandlung, weil ihr herrschsüchtiges Wesen zu Hause nachgerade unerträglich geworden war, und auch, weil sie in allzu deutlicher Weise ihre Verliebtheit in einen im Hause als Knecht wohnenden, viel jüngeren Verwandten kundgab. Sie hatte ihn unter dem Vorwande, ihn stärken zu müssen, immer mit Eiern gefüttert und hatte sich am Weihnachtfest in den Kleidern zu ihm aufs Bett gelegt, angeblich um ihn darüber zu trösten, daß er nicht zum Familienfest geladen wurde. Trotz aller Deutlichkeit dieser symbolischen Handlungen wollte sie nicht zugeben, daß ein erotisches Moment dabei mitgespielt habe. Sie hatte sich selber immer eingeredet, nicht zum Heiraten geschaffen zu sein, da sie körperlich zu schwach sei. Einen Mann, der sich um sie bewarb, überredete sie, ihre Freundin zu nehmen, da es nicht Gottes Wille sei, daß sie mit einem so schwachen Körper heirate.

Der tiefere Grund, warum sie und ihr Bruder ledig geblieben, war aber eine aus der Kindheit stammende unüberwindliche, gegenseitige Übertragung. Der Vorwand, zum Heiraten körperlich zu schwach zu sein, erklärt sich ganz gut daraus, daß sie an ihrem Bruder hauptsächlich seine körperliche Größe und Kraft bewunderte. Aus dem gleichen Grunde fütterte sie auch den Ersatzgeliebten mit stärkenden Eiern.

24. Ein Fräulein blieb von ihren Geschwistern allein ledig bei ihren Eltern, die sie erst anfangs der 40er Jahre verlor. Auch nach der Eltern Tod behielt sie das väterliche Gut bei, führte ein offenes Haus und fühlte sich glücklich als viel besuchte Tante, Schwester und Schwägerin. In ihrem 68. Jahre wurde beschlossen, das elterliche Haus zu verkaufen, und



nun brach plötzlich eine präsenile Melancholie aus mit dem charakteristischen Verarmungswahn, hypochondrischen Klagen, symbolischer Schwangerschaft usw.

In diesem Falle war der Verzicht auf Liebesgenuß und ein scheinbar glückliches Leben durch Übertragung der Libido auf das elterliche Heim ermöglicht worden, nach dessen Verlust die Psychose ausbrach.

Drei meiner Fälle betreffen Witwen, die mit Hilfe intensiver Übertragung auf bestimmte Personen in ihrer Witwenschaft glücklich lebten, bis durch Aufgebenmüssen der Surrogatehe die Fiktion des gelungenen Liebesverzichtes verunmöglicht wurde. In den zwei ersten Beispielen wirkte am Ausbruch der Psychose auch noch das beginnende Greisenalter mit, im dritten der Eintritt ins Klimakterium, Umstände, welche die Schaffung einer neuen Übertragungsmöglichkeit erschweren oder unmöglich erscheinen lassen mußten.

Die Symptome waren in allen Fällen sehr kennzeichnend: Verarmungswahn, Klagen über Verschlossensein aller Leibesöffnungen, Gefühl der körperlichen Insuffizienz, starke erotische Aufregung, übermäßige Betonung der eigenen Vornehmheit.

25. In einem Falle brach die Psychose aus, als die Ersatzperson, der liederliche Sohn, nach Amerika expediert werden mußte,

26. im zweiten Fall, nachdem der angeblich uneigennützige Freund und Vermögensverwalter das Vermögen der Kranken durchgebracht hatte,

27. und im dritten Falle, als sich der letzte und treueste Kostgänger verflüchtigte.

In folgendem Falle wurde die Fiktion des gelungenen Verzichtes auf Liebesgenuß nicht nur durch Übertragung auf bestimmte Personen, sondern auch noch durch Sublimierung in den Beruf aufrechterhalten.

28. Eine Wirtstochter übernahm nach des Vaters Tode eine Stelle in einem Hotel und verliebte sich in den Sohn des Besitzers. Er mußte aber dem Geschäfte zu Liebe eine andere, reichere Frau nehmen. Sie ging weg und übernahm die Leitung einer neu gegründeten Haushaltungschule. Jahrelang ging alles ganz gut, sie glaubte, in ihrem Berufe einen vollen Ersatz gefunden zu haben. Da brach über das von einem Frauenverein gegründete Unternehmen eine finanzielle Krise herein, die unsere Pat. von der ihr so lieb gewordenen Schule zu trennen drohte. In diese Zeit fiel der erste, noch recht leichte Schub von Dementia praecox. Die finanziellen Schwierigkeiten wurden überwunden und die Kranke, die sich inzwischen wieder völlig erholt hatte, ging mit erneutem Eifer auf ihren Posten. Es fiel aber auf, daß sie unbedingt die völlige Alleinherrschaft über das Unternehmen beanspruchte, trotzdem die immer mehr wachsende Arbeitlast, zusammen mit der Pflege der kranken Mutter, die sie inzwischen



noch zu sich genommen hatte, von ihr allein manchmal kaum zu bewältigen war.

Nach ihrer eigenen Angabe fühlte sie sich mit der Schule wie verheiratet. Sie lebte aber noch in einer Art zweiter Surrogatehe. Sie besuchte nämlich sehr häufig die Familie einer intimen Freundin, die jahrelang an schwerer Tuberkulose litt, und an deren zwei Töchtern sie sozusagen Mutterstelle vertrat. Als die Freundin starb, brach ein zweiter kleiner Krankheitschub aus, der aber rasch vorüberging, da sie auch weiterhin noch bei dem Witwer ihrer Freundin ein- und ausgehen und seine Kinder bemuttern durfte.

2 Jahre später vernahm sie durch eine Drittperson, daß sich der Mann ihrer Freundin wieder verlobt habe, und nun brach bei der inzwischen 47 Jahre alt gewordenen Kranken ein dritter, sehr schwerer Krankheitschub aus, der Anstaltbehandlung notwendig machte. Alle ihre Wahnideen und Halluzinationen drehten sich um erotische Motive. Sie erholte sich, trat ihre Stelle wieder an, war aber unerträglich eigensinnig und herrschsüchtig geworden und konnte vor allem auch nicht ertragen, daß man, um sie einigermaßen zu entlasten, eine zweite Vorsteherin angestellt hatte, die ihr koordiniert war. Bald stellte sich ein Rezidiv ein, das die definitive Entlassung aus ihrer Stelle notwendig machte. Der Frauenverein, in Anerkennung der ihm von ihr geleisteten Dienste, bemühte sich, ihr anderweitig passende Stellen zu verschaffen, aber jeder Versuch schlug fehl. An jeder Stelle, die sie nun antrat, bekam sie schon nach kurzer Zeit ein neues Rezidiv, und in jedem Rezidiv machte sie wieder einen Versuch, in die Schule zurückzukehren, mit der sie so lange sozusagen verheiratet gewesen war.

In fünf Fällen brach die Krankheit bei den ledigen resp. früh verwitweten Kranken aus, als die stille Hoffnung, doch noch ein passendes Liebesobjekt zu finden, aufgegeben werden mußte. Zweimal war es der letzte für eine gute Heirat in Betracht kommende Termin, einmal der Verlust eines Hauptattraktionsmittels in Verbindung mit der Menopause, einmal die Menopause allein und einmal die im beginnenden Greisenalter versagende Potenz, welche die Lebenslüge zum Zusammenfall brachten.

29. 30. Bei zwei jungen Damen brach die Psychose in der Zeit des letzten Heirattermines aus, nachdem sie 8 resp. 10 Jahre lang vergebens darauf gewartet hatten, daß ihre beiden Verlobten ernstlich ans Heiraten dachten.

31. Eine 44 jährige Witwe, die kaum ein Jahr mit einem viel älteren schwerkranken Manne verheiratet gewesen war, glaubte von allen Wiederverheiratungswünschen frei zu sein. Als sie aber ihr Vermögen verlor und dadurch in ihren früheren, niedrigeren Stand zurücksank und für die



schon alternde Frau mitsamt dem Gelde auch alle Heiratchancen verloren waren, erkrankte sie an Angsthysterie, Einbrecherangst usw.

32. Ein armes Dienstmädchen wurde von ihrem Schatz, der ihr eine Reichere vorzog, im Stich gelassen. Bald darauf ertrug sie das Dienen nicht mehr, machte sich selbständig und wurde Schneiderin.

Über den Verlust des Bräutigams tröstete sie sich mit der Erwägung, es sei besser, ledig zu bleiben, als den ersten besten zu nehmen. Sie wartete nun getreulich und scheinbar glücklich auf den Rechten, der noch kommen sollte, und blieb bis zur Menopause ganz gesund.

Aber schon während der Abänderung wurde sie plötzlich religiös, ging zu Zeller nach Männedorf, ohne den rechten Trost zu finden, und dann brach eine Dementia paranoides aus. Sie hörte den Bundespräsidenten zu ihren Hausleuten sagen: sie sei eine Perle und müsse es noch gut haben; kam in die Irrenanstalt und ist nun die Frau des Direktors, der sie dem Bundespräsidenten für 30 000 Franken abgekauft hat.

33. Ein 61 jähriger Herr fühlte seine Potenz schwinden und erkrankte an präseniler, hypochondrischer Melancholie. Unter anderem jammerte er über ein ganz verfehltes Leben, da er kein Examen bestanden habe. Er fürchtete immer, gesellschaftlich anzustoßen, und konnte keine passende Haushälterin mehr finden. Er hatte eine in jeder Beziehung glänzende Karriere hinter sich, war aber trotz bester Heiratgelegenheiten ledig geblieben, weil er als Hausfreund einer Dame hängen geblieben war. Dies Verhältnis hatte ihm seinerzeit in der Gesellschaft oft empfindliche Verlegenheiten bereitet und bewirkt, daß er später an jeder für ihn in Betracht kommenden Heiratpartie etwas auszusetzen fand. Dennoch hielt er sich in seinem Junggesellenstand für glücklich, bis sich das Herannahen des Greisenalters deutlich bemerkbar machte und sich die stille Hoffnung, doch noch unter den Pantoffel zu kommen, nicht mehr länger aufrechterhalten ließ.

Bei latent Homosexuellen, die viel häufiger zu sein scheinen, als man im allgemeinen annimmt, kann eine ganz besondere und interessante Form von Lebenslüge dadurch zustande kommen, daß sich die Kranken selber irrtümlicherweise für heterosexuell halten.

In meinen Fällen ließ sich immer nachweisen, daß der latenten Homosexualität eine infantile inzestuöse Libidoübertragung auf die Mutter resp. den Vater zugrunde lag.

Latent ist in diesen Fällen die Homosexualität insoweit, als sie den Kranken unbewußt bleibt und nach außen keine Erscheinungen macht. Die Leute fallen höchstens dadurch auf, daß sie ohne plausiblen Grund ledig bleiben.

Männer erklären ihre Heiratscheu anderen und sich selber damit, daß zu diesem Schritt immer noch Zeit genug sei, daß es ihnen an



Bekanntschaft fehle, daß sie zum Heiraten keine Zeit haben, oder daß ihre Position ihnen noch nicht erlaubte, eine Familie standesgemäß zu erhalten.

In ihrem Junggesellenleben bleiben sie meistens keusch und begründen ihre Sittenreinheit mit hygienischen, ethischen oder ästhetischen Erwägungen.

Nicht so selten verloben sie sich dann in späterem Alter allen unerwartet doch noch und gehen in der Wahl ihrer Frauen viel weniger sorgfältig zu Werke, als man gerade ihnen zugetraut hätte.

Viele von ihnen bemerken dann mit Schrecken, daß sich beim Zusammensein mit ihrer Geliebten keine sexuellen Erregungen einstellen. Sie bekommen Angst, infolge von Masturbation impotent geworden zu sein, laufen gewöhnlich zuerst zum Urologen, werden hypochondrisch, angstneurotisch und kommen zum Nervenarzt.

Bei anderen zeigen sich Impotenz resp. Frigidität und angstneurotische Symptome erst in der Ehe.

Für diese sehr häufige Art Lebenslüge will ich mich auf die Wiedergabe je eines männlichen und eines weiblichen Beispieles beschränken.

34. Ein 26 jähriger Mann kam in Behandlung, weil er seit einem Vierteljahr beim Arbeiten, in Gesellschaft und beim Schachspielen Kopfdruck habe und unruhig schlafe. Er wollte von diesen Übeln befreit sein, weil er verlobt sei und nächsten heiratens wolle. Er hielt sich sonst für ganz normal, habe als Knabe onaniert, später mit Dirnen verkehrt und sich Maitressen gehalten und sei dabei immer potent gewesen. Er wollte sich nicht näher untersuchen lassen, verlangte nur diätetische Vorschriften.

Nach einiger Zeit kam er wieder in etwas verschlimmertem Zustande und gab an, er sei sexuell doch nicht ganz normal, er habe beim Koitus kein Wollustgefühl, ein solches trete nur auf, wenn er sich von einer Dirne, womöglich durch die Kleider hindurch, masturbieren lasse, weil dann die Friktion energischer sei. An seinem Übelbefinden sei wohl die Angst schuld, sich vor seiner zukünftigen Frau zu blamieren, der er doch nicht wohl solche Traktiken zumuten dürfe, wie er sie von seinen Maitressen habe ausüben lassen. Bis jetzt hatte er allerdings gemeint, er ziehe diese Manipulation dem Koitus nur vor, um seine Maitresse nicht zu schwängern, und bei Dirnen aus Appetitlichkeitsgründen.

Die Analyse ergab einen ausgeprägten Analcharakter und schlecht verdrängte homosexuelle Regungen. Die Heilung erfolgte nach dem Wiederbewußtwerden folgender Erinnerung:

Als 3 jähriger Bub liebte er es, morgens zum Vater ins Bett zu gehen,



Eines Tages bemerkte der Vater aber, daß das Bübchen mit allen Zeichen deutlich wollüstiger Erregung seinen wohl erigierten Penis an den väterlichen Schenkeln rieb.

Mein weibliches Beispiel ist um so interessanter, als sich die Täuschung, heterosexuell zu empfinden, auf den lebhaften Wunsch stützte, eigene Kinder zu bekommen, der auch seinerseits wieder auf Selbsttäuschung beruhte, denn es lagen ihm keine mütterlichen, sondern pervers sexuelle Regungen zugrunde.

35. Eine 28jährige Frau bekam somnambule Zustände, in denen sie allerlei merkwürdige Handlungen ausführte. Sie stand z. B. nachts auf, ging in den Garten und rief den Namen eines Kindes, das hier und da bei ihr in den Ferien ist; oder sie räumte den Bücherschrank aus und trug ihrem Mann ein Buch ins Bett, „die Seele meines Kindes".

Sie selber glaubt den Grund dieser auffallenden Erscheinungen darin suchen zu müssen, daß ihre sonst glückliche Ehe infolge mangelhafter Potenz ihres Mannes kinderlos blieb und zu bleiben droht. Auch die oberflächliche Analyse schien ihrer Vermutung recht zu geben.

Bei tieferem Eingehen zeigte es sich aber, daß ihre Meinung, psychosexuell ganz normal veranlagt zu sein und unter der Kinderlosigkeit zu leiden, eine arge Lebenslüge war.

Denn es trat allmählich klar zutage, daß die Frau von Anfang an sexuell frigid gewesen war, daß ihr ablehnendes Verhalten einen Teil der Schuld an der mangelnden Potenz ihres Mannes trug.

Ihre Libido war noch stark homosexuell bei einer Lehrerin verankert, und schon in ihrem 16. Lebensjahr hatte sie vorübergehend genachtwandelt, um immer wieder ins Schlafzimmer dieser Lehrerin eindringen zu können. Aber auch kleine Mädchen kamen für sie als Sexualobjekt in Betracht, was ihren Wunsch nach Kindern in einem ganz besonderen Lichte erscheinen ließ.

Vollständig geheilt wurde sie erst, als die allen diesen Erscheinungen zugrunde liegende inzestuöse Übertragung auf den Vater und später den älteren Bruder wieder bewußt und rückgängig gemacht werden konnte.

Auch diese Frau hatte einen ihrem Vater möglichst unähnlichen, etwas waschlappigen Mann „aus Mitleid", wie sie meinte, „geheiratet", weil man durch eine Ehe mit einem solchen Pseudomanne dem Vater eben nicht eigentlich untreu wird.

Unmittelbar vor dem Aufbruch zur Hochzeitreise mußte Pat. noch einmal durch das Schlafzimmer ihrer Eltern gehen. Dabei stieg ihr der Gedanke auf, wie viel schöner es doch wäre, zum Vater ins Bett zu gehen, als mit ihrem Manne verreisen zu müssen.

Auch ein e h r b a r e s, r e c h t s c h a f f e n e s L e b e n ist manchmal nur eine Lebenslüge und beruht darauf, daß man die Welt



und sich selber über seinen eigenen Charakter täuscht, bis dann bei irgendeinem Anlaß die wahre Natur zum Vorschein kommt oder als letzter verzweifelter Verdrängungsversuch eine Neurose oder Psychose ausbricht.

36. Eine 53jährige Dienstmagd, die ein höchst ehrbares, arbeitsames und frommes Leben hinter sich hatte, u. a. 21 Jahre lang die gleiche Stelle bekleidete, erkrankte nach dem Tode ihrer Mutter an nervösen Herzbeschwerden und im Anschluß an eine unglückliche Liebesaffäre ihrer Nichte, die sie sehr aufregte, an einer äußerst schweren präsenilen Melancholie, in der sie besonders dadurch auffiel, daß sie die tollsten und perversesten sexuellen Zwangsgedanken, Wahnideen und Wünsche äußerte. Sie mußte sich z. B. immer vorstellen, wie es wohl wäre, wenn der liebe Gott und Jesus mit Tieren sexuell verkehren würden, oder wenn Männer und Knaben in den Abendmahlskelch urinierten. Sie roch Menschenfleisch, spürte es im Munde, wurde von Insekten gefressen, wollte dem lieben Gott die Finger oder ein Messer in die Augen stecken, dem Heiland einen Box oder Fußtritt geben, wurde vom Teufel geschwächt usw.

In der Rekonvaleszenz erzählte sie, sie sei im Alter von 4—5 Jahren von einem Kindermädchen sexuell gereizt und mißbraucht worden, habe dann selber mit einem Knaben Schweinereien gemacht, habe Käfer und Fliegen gefangen und sie an die Geschlechtsteile gesetzt und auch auf andere Tiere sexuelle Gelüste gehabt. Mit 9 Jahren sei sie von einem Manne im Wald sexuell mißbraucht worden und habe sich dem Verführer dann noch mehrmals hingegeben.

Noch mit 15 Jahren ließ sie sich von Knaben betasten und kniff die ihr anvertrauten kleinen Kinder aus Wollust in den Leib. Dann wurde sie brav. Aber mit 36 Jahren, also zur Zeit des letzten Heiratstermins, verkehrte sie sexuell mit ihrem Schwager, und 2 Jahre später verlobte sie sich brieflich mit einem 76jährigen Manne, der ihr feurige Briefe schrieb. Zu einer Heirat kam es aber nicht; sie bekam Angst, wurde wieder brav und blieb es bis zum Ausbruch der Psychose im beginnenden Greisenalter.

Das im Präsenium so regelmäßige Aufflackern der sexuellen Triebe hatte bei ihr die ursprüngliche hypersexuelle Anlage wieder zum Erscheinen gebracht. Die gewohnte Art der Verdrängung durch Sublimierung in den Beruf genügte nicht mehr; an Stelle der Lebenslüge trat die psychotische Wunscherfüllung.

Zwei andere Fälle betreffen ebenfalls hypersexuell veranlagte Frauenspersonen, die sich in der Lebenslüge gefielen, asexuell zu sein. Ihre Selbsttäuschung hielt aber nicht so lange vor wie im vorangehenden Fall. Die erste stärkere erotische Regung brachte sie als Lüge zum Bewußtsein und verursachte psychotische Erscheinungen,



die deutlich die verdrängten sexuellen Wünsche zum Ausdruck brachten.

37. 38. Es handelte sich um zwei junge Dienstmädchen, die in frühester Jugend sittlich verwahrlost, sich später durch peinliche Ordnungsliebe, Gewissenhaftigkeit und Empfindlichkeit gegen sexuelle Reden auszeichneten. Die eine erkrankte akut an Dementia praecox, als sie bemerkte, daß ihre Verliebtheit in den Sohn ihrer Dienstherrschaft durchaus nicht erwidert wurde, aussichtlos und somit ganz unerlaubt sei.

Bei der anderen traten angstneurotische Zustände auf, als sie merkte, daß sie sich in einen jungen Mann nur deshalb vom bloßen Ansehen verliebt hatte, weil er ihrem ersten Verführer glich, den sie nur noch zu verabscheuen geglaubt hatte.

Auch auf anderem als sexuellem Gebiete gibt es eine Lebenslüge des Bravseins.

Diese Art Lebenslüge wird wohl meistens durch die Hoffnung auf reichliche Belohnung im Diesseits, oder bei frommen Menschen auch im Jenseits gestützt. Sie scheint mir unter den Gesunden häufig und immer verbunden zu sein mit großer Empfindlichkeit gegen die Fehler anderer. Bewußte Heuchelei möchte ich solchen Menschen aber nicht vorwerfen. Sie sind von ihrer Tugendhaftigkeit um so mehr überzeugt, als ihr Bravsein sie ja große Mühe kostet.

Leider habe ich hierfür nur ein einziges Beispiel finden können.

39. Es betrifft einen jungen Hebephrenen, der draußen und in der Anstalt bald alle möglichen Tugenden nicht nur zur Schau stellt, sondern auch zu besitzen scheint, bald ein in jeder Hinsicht unangenehmer und nichtsnutziger Geselle ist. Der Umschlag vom tugendhaften Zustand ins Gegenteil leitet sich immer mit Klagen über mangelnde Anerkennung und Liebe seitens der Person aus, der zu Liebe er sich kurze Zeit für brav gehalten und entsprechend aufgeführt hatte.

Die Fälle, die ich hier mitgeteilt habe, waren symptomatologisch sehr verschieden: Hysterie, Angstneurose, Zwangsneurose, Schizophrenie, Spätkatatonie, manisch-depressives Irresein, präsenile Melancholie waren vertreten.

Ich hoffe aber doch, daß es mir gelungen sei zu zeigen, daß die letzten Ursachen, welche den manifesten Krankheitausbruch herbeiführten, etwas Gemeinsames hatten. Immer war es das Bewußtwerden des Widerspruches zwischen den, sagen wir ganz allgemein, Glücksansprüchen der Kranken und dem ihnen in Wirklichkeit zuteil gewordenen Glück. Gemeinsam war allen meinen Fällen auch, daß dieser



Widerspruch von jeher bestand, die Kranken es aber verstanden, ihn mit Hilfe verschiedener Mechanismen bald kürzer bald länger vor sich selber mehr oder weniger geheimzuhalten. Dieses oft ziemlich bewußte Geheimhalten nannte ich Lebenslüge. Die psychischen Mechanismen waren dieselben, die uns auch aus der Psychologie der Neurosen und Psychosen bekannt sind, Ersatzbildungen, Sublimierungen, Affektverschiebungen, Konversion psychischer Konflikte in körperliche Leiden usw.

Sicher kommen alle diese Mechanismen des Selbstbetruges auch bei ganz gesunden Menschen vor, und auch meine Kranken galten noch als psychisch gesund, solange es ihnen gelang, den Widerspruch zwischen Wunsch und Realität mit relativ schwachen Mitteln aus ihrem Bewußtsein zu verdrängen resp. zu verschleiern. Manifeste Krankheitsymptome traten erst auf, wenn dieser Widerspruch ununterdrückbar wurde oder die kleinen Mittel versagten.

Bei der Kürze, in die ich meine Krankengeschichten zusammendrängen mußte, war es leider nicht möglich, so deutlich, wie ich es gerne getan hätte, zu zeigen, daß auch die manifesten neurotischen und psychotischen Symptome nichts Anderes waren, als der Ausdruck der in der Wirklichkeit unerfüllt gebliebenen Glücksansprüche und der Versuch, diesen Widerspruch gewaltsam aus der Welt zu schaffen, sei es durch neurotische Konversions- und Verdrängungsversuche, sei es durch schizophrene Umgehung und Verneinung des Konfliktes, sei es durch paranoide Entstellung der Wirklichkeit im Sinne des Wunsches oder auch durch den noch so wenig analysierten Mechanismus der manischen oder melancholischen Reaktion. Daß die manische Ideenflucht und Vielgeschäftigkeit dazu dienen kann, die eigene Aufmerksamkeit von einer bestimmten peinlichen Realität abzulenken, glaube ich an meinem einzigen manisch-depressiven Falle gezeigt zu haben. Die melancholische Depression aber war in mehreren meiner Fälle eigentlich nichts Anderes als der adäquate Ausdruck für das Bewußtwerden des Widerspruches zwischen der unerfreulichen Wirklichkeit und dem bisher vorgetäuschten Glück. Sie hat aber, und das erklärt vielleicht in gewissen Fällen die Dauer des depressiven Affektes, gewisse für den Kranken vorteilhafte Nebenerfolge. Sie erlaubt z. B. auf soi-disant anständige Weise der unleidlich gewordenen Wirklichkeit durch Selbstmord aus dem Wege zu gehen. Sie erleichtert aber auch



wie jede andere „Krankheit“ eine weniger gewaltsame Flucht aus der Wirklichkeit.

Warum nun bei der großen Ähnlichkeit der allen Neurosen und Psychosen zugrunde liegenden psychologischen Konflikte und der äußeren und inneren Umstände, die ihren schließlichen Ausbruch herbeiführen, das eine Mal diese, das andere Mal jene klinische Krankheit ausbricht, darüber gibt mein Material noch keinen Aufschluß.

Nur vermutungweise möchte ich folgendes andeuten. Jeder Neurose und Psychose liegt die Unfähigkeit zugrunde, gewisse Glücksansprüche, hauptsächlich psychosexueller Natur, den geringen Glückserfüllungsmöglichkeiten der Wirklichkeit anzupassen. Diese Anpassungsunfähigkeit beruht vielleicht zum Teil auf ererbter Disposition, zum großen Teil aber ist sie eine durch frühzeitige Milieueinflüsse erworbene. Wohl fast immer braucht es aber noch weiterer äußerer Umstände, Lebenslagefaktoren im weitesten Sinne des Wortes, damit aus der ursprünglichen Anpassungsunfähigkeit eine manifeste Krankheit hervorgeht. Welche es sein wird, das scheint mir nicht von exogenen Einflüssen bestimmt zu werden. Ich neige vielmehr der Ansicht zu, daß die Art und Weise, in der ein Mensch auf die Unvereinbarkeit seiner Glücksansprüche mit der Wirklichkeit reagiert, auf einer angeborenen, vererbbaren Disposition zu einer ganz bestimmten Reaktionsweise beruht.



Die Bedeutung Schopenhauers für die Psychiatrie[1]).

Von

Oberarzt Dr. **Otto Juliusburger**, Steglitz.

Wenn ich über die Bedeutung Schopenhauers für die Psychiatrie sprechen will, so gibt die unmittelbare Gegenwart, der augenblickliche Stand der Entwicklung unserer Wissenschaft einen besonderen Anreiz und eine innere Berechtigung.

In seinem klassischen „Grundriß der Psychiatrie" äußerte *Wernicke* noch im Jahre 1900 über die Psychiatrie: „Sie ist eigentlich ein Teilgebiet der inneren Medizin. Leider ist es zugleich dasjenige Gebiet, welches in seiner Entwicklung zurückgeblieben ist und noch jetzt auf einem Standpunkt steht, wie etwa vor einem Jahrhundert die gesamte übrige Medizin". Der Forschung und genialen Arbeitskraft *Wernicke*s verdankt die Psychiatrie eine große Förderung und eine unvergängliche Vertiefung und Bereicherung. Die wissenschaftliche Psychiatrie hat einen raschen und glänzenden Aufstieg genommen.

Man hatte bisher in der Psychiatrie das Hauptaugenmerk auf den freilich wichtigen Faktor der Ätiologie gerichtet und die verschiedenen Gifte berücksichtigt; die anorganischen und organischen Körper wurden in weitem Ausmaße in Betracht gezogen; die wissenschaftliche Vertiefung und auch die praktische Inangriffnahme fanden Förderung und stetige Entwicklung. Abgesehen von den ätiologischen Faktoren, welche für geistige Erkrankungen in Frage kommen, wandte sich die Aufmerksamkeit der Forscher dem Verlauf der verschiedenen psychischen Erkrankungen zu. Es gelang der unermüdlichen Arbeit, bestimmte Krankheitbilder herauszufinden und abzusondern, und unstreitig hat diese klinische Seite der psychiatrischen Wissenschaft ganz hervorragende Verdienste sich erworben. *Wernicke* ging von dem

[1]) Nach einem Vortrage auf der Generalversammlung der Schopenhauer-Gesellschaft zu Kiel 1912.



Studium der Gehirnlokalisation aus und hatte den Gedanken bis in die äußerste Konsequenz hinein verfolgt, daß der Ungleichwertigkeit der Großhirnrinde, daß der physiologisch abgrenzbaren verschiedenen Leistung der letzteren auch eine lokalisatorisch zu begreifende Gliederung innerhalb des seelischen Geschehens entsprechen müsse.

Wernicke teilte unser Bewußtsein in drei Abschnitte ein; für ihn stellte der Inhalt des Bewußtseins die Summe aller Vorstellungen dar, er unterschied davon drei Kategorien, je nachdem sie eine Vorstellung von der Außenwelt, vom eigenen Körper und der sogenannten Persönlichkeit oder Individualität, d. h. die Summe der individuellen Erinnerungen eines Menschen zum Inhalt haben. Da ist es interessant, zu sehen, wie auch Schopenhauer das Bewußtsein einteilt in die Erkenntnis der Außenwelt, welche auch das Bewußtsein anderer Dinge im Gegensatz des Selbstbewußtseins bezeichnet. Das Bewußtsein anderer Dinge, wie Schopenhauer es nennt, deckt sich aber vollständig mit dem, was *Wernicke* als allopsychisch kennzeichnet. Und das Bewußtsein des eigenen Selbst, das Selbstbewußtsein, deckt sich mit der *Wernicke*schen Bezeichnung des Autopsychischen. Zum Bewußtsein anderer Dinge gehört aber im Sinne Schopenhauers schon unser Bewußtsein vom eigenen Körper; aus praktischen Gründen kann man letzteres aber von dem Bewußtsein der Außenwelt trennen und so in der Tat das Bewußtsein anderer Dinge sondern in die Vorstellung vom eigenen Körper, gleich somatopsychisch, und die Vorstellung von der Außenwelt, gleich allopsychisch. Diese Einteilung ist in der Tat außerordentlich fruchtbar bei der Darstellung und Zergliederung der krankhaften psychischen Erscheinungen.

Wir werden noch weiterhin auf bemerkenswerte verwandtschaftliche Züge in der scheinbar und vielfach auch tatsächlich so divergenten Auffassungsweise des Psychiaters *Wernicke*[1]) und des Philosophen Schopenhauer stoßen.

Wenn *Wernicke* das Gehirn einem Weichtier vergleicht, welches mit Fühlfäden, den Sinnesnerven, ausgestattet ist, so finden wir,

[1]) Schopenhauer sagt: Die Erinnerungen eines Alten sind um so deutlicher, je weiter sie zurückliegen, u. werden es um so weniger, je näher sie der Gegenwart kommen, so daß, wie seine Augen, auch sein Gedächtnis fernsichtig (πρεσβύς) geworden ist. — Hier muß man an das von *Wernicke* als Presbyophrenie bezeichnete Krankheitbild denken.

wie bereits Schopenhauer sich genau derselben Ausdrucksweise bedient, wenn er sagt: „Das Gehirn streckt seine Fühlfäden, die Sinnesnerven, in die Außenwelt".

Der Versuch *Wernickes*, das Grundgesetz der Gehirnlokalisation auch auf das psychische Gebiet zu übertragen, dürfte zunächst Erstaunen erwecken und den Verdacht erregen, als sei das ganze System *Wernickes* aufgebaut auf einem massiven und plumpen Materialismus. Aber auch Schopenhauer ist diesem Vorwurf nicht entgangen. Man denke nur an seine Bemerkung, daß der Intellekt eine bloße Funktion des Gehirns ist, welches ihm ebenso vorhergängig ist, wie der Magen der Verdauung oder die Körper ihrem Stoß, und mit welchem er im Alter verwelkt und versiegt. Den Intellekt nennt Schopenhauer an einer anderen Stelle physiologisch als eine Funktion des Organs des Leibes: „Der Intellekt ist physisch wie die Verdauung; wie gute Verdauung einen gesunden, starken Magen, wie Athletenkraft muskulöse, sehnige Arme erfordert, so erfordert außerordentliche Intelligenz ein ungewöhnlich entwickeltes, schön gebautes, durch seine Textur ausgezeichnetes und durch energischen Pulsschlag belebtes Gehirn". Aber wir wissen sehr wohl, daß Schopenhauer hier nur von einem bestimmten Standpunkte aus sprach, dessen Umgrenzung und Einseitigkeit ihm sehr wohl bewußt waren. Und diese materialistische Auffassung des Intellekts wurde von ihm in einer höheren und umfassenderen Erkenntnis der Vorgänge wieder aufgelöst. Im 20. Kapitel des II. Bandes der „Welt als Wille und Vorstellung" heißt es:

„Was im Selbstbewußtsein, also subjektiv, der Intellekt ist, das stellt im Bewußtsein anderer Dinge, also objektiv, sich als das Gehirn dar. Und was im Selbstbewußtsein, also subjektiv, der Wille ist, das stellt im Bewußtsein anderer Dinge, also objektiv, sich als der gesamte Organismus dar." An einer andern Stelle sagt der Philosoph:

„Die scheinbare Verschiedenheit zwischen Willensakt und Leibesaktion entsteht allein daraus, daß hier das eine und selbe in zwei verschiedenen Erkenntnisweisen, der inneren und der äußeren, wahrgenommen wird."

Klar und deutlich wird die Anschauungsweise Schopenhauers mit den Worten wiedergegeben: „Was von innen gesehen das Erkenntnisvermögen ist, das ist von außen gesehen das Gehirn." [1]) Und

[1]) Mit Recht sagt Möbius: Von vornherein war mir klar, daß der Kern der theoretischen Philosophie bei Schopenhauer u. bei Fechner derselbe sei.



noch eine Äußerung Schopenhauers sei hinzugefügt: „Also was objektiv Materie ist, ist subjektiv Wille“.

Aus dieser kurzen Zusammenstellung von Aussprüchen Schopenhauers, welche sich im zweiten Bande seines Hauptwerkes finden, geht klar und deutlich hervor, daß er hier eine Identitätslehre vertritt, welche in der Gegenwart von psychiatrischer Seite in einer Reihe von Abhandlungen, gestützt auf die neuzeitlichen Ergebnisse der Gehirnanatomie, der Gehirnphysiologie und der Psychopathologie, von *August Forel* mit allem Nachdruck vertreten wird.

Eine einfache Substanz als Seele kann die wissenschaftliche Psychiatrie nicht mehr anerkennen. Und wenn Schopenhauer sagt: „Der Begriff einer Seele ist nicht nur als transzendente Hypostase unstatthaft, sondern er wird zur Quelle unheilbarer Irrtümer, da er in seiner einfachen Substanz eine unteilbare Einheit der Erkenntnis und des Willens vorweg feststellt, deren Trennung gerade der Weg zur Wahrheit ist“, so können wir ihm von den Erfahrungen der Psychiatrie her nur zustimmen. Freilich gibt es innerhalb der wissenschaftlichen Psychiatrie eine Schule, an deren Spitze *Ziehen* steht, welche den Willen als einen bestimmten psychischen Vorgang nicht gelten läßt, sondern in ihm nur eine in einer Wortvorstellung zusammengefaßte Vereinheitlichung gewisser Vorstellungen nebst den zugehörigen Gefühlstönen erblickt. Es kann nicht in diesem Zusammenhange meine Aufgabe sein, diese Auffassung zu widerlegen, sondern ich muß mich mit der Bemerkung begnügen, daß auch in der Psychiatrie nur eine voluntaristische Auffassung den Tatsachen genügen kann. Freilich darf man nicht übersehen, was Schopenhauer doch schon so klar und deutlich ausgesprochen hat, „nicht nur das Wollen und Beschließen im engsten Sinne, sondern auch alles Streben, Wünschen, Fliehen Hoffen, Fürchten, Lieben, Hassen, kurz alles, was das eigene Wohl und Wehe, Lust und Unlust unmittelbar ausmacht, ist offenbar nur Affektion des Willens, ist Regung, Modifikation des Wollens und Nichtwollens, ist eben das, was, wenn es nach außen wirkt, sich als eigentlicher Willensakt darstellt“. Und an einer anderen Stelle sagt Schopenhauer: „Im weitesten Sinne ist Sache des Willens: Wunsch, Leidenschaft, Freude, Schmerz, Güte, Bosheit“. Im Sinne Schopenhauers gehört natürlich auch in den Bereich des Willens unser Fürchten, Hoffen und Wünschen. „Die Hoffnung läßt uns, was wir wünschen“, führt Schopenhauer aus, „die Furcht, was wir besorgen, als wahrscheinlich und nahe erblicken, und beide vergrößern ihren Gegenstand. Platon hat sehr schön die Hoffnung den Traum des Wachenden genannt. Ihr Wesen liegt darin, daß der Wille seinen Diener, den Intellekt, wenn dieser nicht vermag, das Gewünschte herbeizuschaffen, nötigt, es ihm wenigstens vorzumalen, überhaupt die Rolle des Trösters zu übernehmen, seinen Herrn, wie die Amme das Kind, mit Märchen zu



beschwichtigen und diese aufzustutzen, daß sie Schein gewinnen, wobei nun der Intellekt seiner eigenen Natur, die auf Wahrheit gerichtet ist, Gewalt antun muß, indem er sich zwingt, Dinge, die weder wahr noch wahrscheinlich, oft kaum möglich sind, seinen eigenen Gesetzen zuwider für wahr zu halten, um nur den unruhigen und unbändigen Willen auf eine Weile zu beschwichtigen und zu beruhigen und einzuschläfern. Hier sieht man deutlich, wer Herr und wer Diener ist." Mühelos und fruchtbringend wahrlich genug läßt sich von dieser psychologischen Erkenntnis Schopenhauers die Linie ziehen zu einer in der Gegenwart immer mehr und mehr sich durchringenden Auffassung gewisser psychischer Phänomene.

In einer wichtigen Arbeit über die *Freud*schen Mechanismen in der Symptomatologie von Psychosen sagt *Bleuler*:

Freud behauptet, daß unsere Psyche die Tendenz hat, das Weltbild so auszuarbeiten, wie es unsern Wünschen und Bestrebungen entspricht. Diese Neigung kommt ungehemmt zum Vorschein in allen Situationen, wo das durch die äußeren Verhältnisse gebotene Denken mit seiner logischen Anknüpfung an die Wirklichkeit gestört ist. Das ist namentlich der Fall im Traum, dann aber auch bei allen den psychischen Tätigkeiten des Wachens, die nicht von der Aufmerksamkeit geleitet werden, bei unseren unbewußten Bewegungen, dem unaufmerksamen Sprechen und Schreiben. Unter pathologischen Umständen hat *Freud* diese Tendenz bereits in der Symptomatologie der Neurosen nachgewiesen und die gewonnenen Kenntnisse auch therapeutisch zu verwerten gesucht. Noch nicht bekannt ist aber, daß die gleichen Mechanismen auch in der Pathologie der anderen Geisteskrankheiten eine große Rolle spielen.

Wie *Freud* und *Bleuler* ausführen, beherrschen im wachen Leben unsere Wünsche und Befürchtungen, unsere Abneigung und Zuneigung das Gedächtnis, unsere halbbewußten Handlungen, ja unsere Auffassungen. Unser Gedächtnis gestaltet oft die Erinnerungen nach unseren Wünschen um. Werden wir nicht da sofort erinnert an die Ausführungen Schopenhauers in seiner Darstellung des Primat des Willens im Selbstbewußtsein? Unter anderem heißt es hier:

Also bloß die Beziehung der Sache auf meinen Willen hat sich, nachdem sie selbst mir entschwunden ist, im Gedächtnis erhalten ..... also bloß den Anklang des Willens hat das Gedächtnis aufbewahrt, nicht aber das, was ihn hervorrief. Man könnte das, was diesem Hergange zugrunde liegt, das Gedächtnis des Herzens nennen, dasselbe ist viel intimer als das des Kopfes. Der Verstand des stumpfesten Menschen wird scharf, wenn es sehr angelegene Objekte seines Wollens gilt. Er merkt, beachtet und unterscheidet jetzt mit großer Feinheit auch die kleinsten Umstände, welche auf sein Wünschen oder Fürchten Bezug haben.



In der erwähnten Arbeit führt dann *Bleuler* weiter aus: „Es bildet unsere Affektivität", worunter nichts anderes als der ganze Umfang des Willens im Sinne Schopenhauers zu verstehen ist, „eine unbewußte Symbolik aus, die unsere Wünsche und Befürchtungen ausdrückt." Und *Bleuler* fügt hinzu, daß es eines Entdeckergenies bedurfte, nämlich des Wiener Forschers *Freud*, diese Sprache zum ersten Male zu verstehen.

Der Inhalt vieler Wahnideen ist nach der Auffassung *Freud-Bleulers* nichts anderes als ein schlecht verhüllter Wunschtraum, der durch die von der speziellen Krankheit gegebenen Mittel (Halluzination der verschiedenen Sinne, Wahnideen) einen Wunsch als erfüllt darzustellen sucht — darzustellen s u c h t, denn auch im Traum kann der Mensch nicht immer ganz vergessen, daß seinen Wünschen Hindernisse im Wege stehen. Diese wieder werden als Verfolgungen symbolisiert, gerade wie die gleichen Erfahrungen der Gesunden Ormuzd und Ahriman, Gott und den Teufel geschaffen haben.

In einer Arbeit über das Buch des Staatsanwalts Erich Wulffen „Karl Hauptmann vor dem Forum der Kriminalpsychologie und Psychiatrie" sagte ich:

Die wahnhaften Schöpfungen sind unbewußte Vergegenständlichungen der aus dem Unterbewußten hervorbrechenden Wünsche. Solange die letzteren an der Herrschaft bleiben und das Kommando führen, kann keine Korrektur der Wahngebilde eintreten; nicht weil eine Schwäche der Intelligenz vorliegt, sondern weil die Korrektur an der Macht der Wünsche, also an der Energie des Willens scheitern muß. Das Unterbewußte wünscht und will eben keine Korrektur, bis andere Wünsche die Oberhand gewinnen und ein Ausgleich stattfinden kann. Man darf nicht vergessen, daß der Wille, also der Wunsch, das Primäre, die Wurzel, der Intellekt das Sekundäre, die Krone darstellt. Der Wille hat nach Schopenhauer, nicht der Intellekt, das Primat. Mit der Anerkennung der grundlegenden und determinierenden Bedeutung des Wunschlebens, also der Affektion des Willens im weiteren Sinne des Wortes bahnt sich in der Psychiatrie eine neue und meiner Auffassung nach äußerst fruchtbare Auffassung der krankhaften Seelenvorgänge an. Jetzt wird erst Ernst gemacht mit der Überzeugung von der streng notwendigen und durchgängigen Bestimmung jedes psychischen Geschehens, der ehernen Gesetzmäßigkeit seines Ablaufs. „Das Gesetz der Kausalität", sagt Schopenhauer, „kennt keine Ausnahme, sondern alles, von der Bewegung eines Sonnenstäubchens an, bis zum wohlüberlegten Tun des Menschen ist ihm mit gleicher Strenge unterworfen". Der Determinismus steht fest.



Seit den Forschungen *Freuds* haben wir gelernt, auch in der scheinbaren Sinnlosigkeit einer Geistesstörung einen tieferen, und nur dem oberflächlichen Blick verborgenen, sinnvollen Zusammenhang zu sehen. Das Gebahren und Treiben des Geisteskranken, seine Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen sind nicht das Erzeugnis eines flüchtigen Augenblicks, einer tollen Laune, einer zügellos gewordenen Phantasie; sie sind auch nicht zu begreifen als der zufällige Ausdruck einer Gehirnvergiftung oder als das Erzeugnis irgend einer Schädlichkeit, welche gerade an einer bestimmten, vielleicht jetzt oder später einmal lokalisatorisch abgrenzbaren Gehirnpartie seine Angriffsfläche hat. Die Ätiologie gibt uns keinen Einblick in das Getriebe des seelischen Lebens. Was uns bisher so einfach erschien, Genuß alkoholischer Getränke, alkoholische Vergiftung des Gehirns, durch Alkohol bedingte Entartung des Gehirns und als Folgezustände krankhafte Seelenveränderungen, ist wieder zum Problem geworden, und es gilt erst einmal festzustellen, aus welchen seelischen Veranlagungen, Neigungen und Trieben heraus ein Mensch alkoholsüchtig wird, beziehungweise werden muß[1]). Die Anatomie kann uns gar nichts aussagen über den lebendigen Gang seelischer Ereignisse; die Anatomie hat es immer nur mit Dauerzuständen, mit abgelaufenen Geschehnissen, mit fixierten Zuständen zu tun. Die Anatomie kann uns erst sagen, was am Ende der Geschehnisse sich körperlich darstellt, sie wird aber ewig stumm bleiben auf die Frage: wie vollzieht sich der Vorgang als solcher, denn dieser wird nur seelisch erlebt und kann nur durch den Analogieschluß bei einem zweiten Individuum vorausgesetzt werden. Darum kann uns zur Auffassung und Beurteilung auch der seelischen Störungen nur die Psychologie verhelfen, wobei zu bemerken ist, daß auch die experimentelle Psychologie, trotz aller Anerkennung ihrer geistreichen Versuchsanordnung und wertvollen Ergebnisse, nur an der Oberfläche streift und streifen kann. Darum verdanken wir eben den Forschungen *Freuds* und *Bleulers* so viel, weil sie wieder bei der Innenbetrachtung der Seelenvorgänge angeknüpft haben und hier wieder die ursprüngliche Quelle alles seelischen Geschehens, den Willen und seine verschiedenen Regungen und Strebungen aufdeckten. Und damit wieder zurück zu Schopenhauer, indem wir uns seinen Ausführungen über den Wahnsinn zuwenden. Wir dürfen natürlich nicht erwarten, daß der Philosoph uns etwa einen vollständigen Grundriß der Psychiatrie hinterlassen hat; aber wir müssen doch erstaunen, mit welch geradezu genialer Anschauung Schopenhauer den Geisteskranken gegenübergestanden hat. Er hat ohne Zweifel wirklich Geisteskranke gesehen und nicht nur über ihre Seelenzustände in seinem Studierzimmer spekulativen Gedanken nachgehangen.

Schopenhauer unterscheidet den psychischen Ursprung des Wahnsinns, wie er kurzweg summarisch die Geistesstörungen zusammenfaßt,

[1]) *O. Juliusburger*, Zur Psychologie der Dipsomanie, Ztrlbl. f. Psychoanalyse, 1912.



von den rein somatischen Ursachen der Seelenstörungen und führt die somatischen Ursachen auf Mißbildungen oder partielle Desorganisation des Gehirns oder seiner Hüllen, auch auf den Einfluß zurück, welchen andere krankhaft affizierte Teile auf das Gehirn ausüben. Jedoch werden nach ihm beiderlei Ursachen des Wahnsinns meistens voneinander partizipieren, zumal die psychische von der somatischen. Die Ausführungen Schopenhauers beziehen sich nur auf den psychischen Ursprung des Wahnsinns. Er meint, daß heftiges, geistiges Leiden, unerwartete, entsetzliche Begebenheiten Wahnsinn veranlassen, „wenn ein solcher Kummer, ein solches schmerzliches Wissen oder Andenken so qualvoll ist, daß es schlechterdings unerträglich fällt und das Individuum ihm unterliegen würde, dann greift die dermaßen geängstigte Natur zum Wahnsinn, als zum letzten Rettungsmittel des Lebens. Der so gepeinigte Geist zerreißt nun gleichsam den Faden seines Gedächtnisses, füllt die Lücken mit Fiktionen aus und flüchtet so sich von dem seine Kräfte übersteigenden Schmerz zum Wahnsinn, — wie man ein vom Brande ergriffenes Glied abnimmt und es durch ein hölzernes ersetzt".

Schopenhauer spricht also hier mit klaren Worten von einer Flucht des Individuums in die Krankheit. *Freud*, *Bleuler* und diejenigen, welche der Richtung dieser Forscher folgen, kamen unabhängig von Schopenhauer von ganz anderen Betrachtungen und Erkenntnissen ausgehend zu ganz der gleichen Formulierung wenigstens eines sehr wichtigen Teiles des krankhaften Seelenvorganges. Auch sie sprechen von einer Flucht der Persönlichkeit in die Krankheit als einem Ausgang aus sonst unüberwindbaren Konflikten, sehen also in der Krankheit eine Art Ventil, welches sich die Natur schafft, im gewissen Sinne eine Hilfsaktion, einen Rettungsversuch. Das gilt in gewissem Umfange von den Neurosen wie von den Psychosen.

Etwas ausführlicher legt Schopenhauer seinen Gedanken über den Wahnsinn im zweiten Bande der „Welt als Wille und Vorstellung" dar. Hier heißt es: „In jenem Widerstreben des Willens, das ihm Widrige in die Beleuchtung des Intellekts kommen zu lassen, liegt die Stelle, an welcher der Wahnsinn auf den Geist einbrechen kann. Jeder widrige neue Vorfall nämlich m u ß v o m I n t e l l e k t a s s i m i l i e r t w e r d e n , das heißt im System der sich auf unseren Willen und sein Interesse beziehenden Wahrheiten eine Stelle erhalten, was immer Befriedigenderes er auch zu verdrängen haben mag. Sobald dies geschehen ist, schmerzt er schon viel weniger; aber diese Operation selbst ist oft sehr schmerzlich, geht auch meistens nur langsam und mit Widerstreben von statten. Inzwischen kann nur, sofern sie jedesmal richtig vollzogen wurde, die Gesundheit des Geistes bestehen. Erreicht hingegen, in einem einzelnen Falle, das Widerstreben und Sträuben des Willens wider die Aufnahme einer



Erkenntnis den Grad, daß jene Operation nicht rein durchgeführt wird; werden demnach dem Intellekt gewisse Vorfälle oder Umstände völlig unterschlagen, weil der Wille ihren Anblick nicht ertragen kann; wird alsdann, des notwendigen Zusammenhangs wegen, die dadurch entstandene Lücke beliebig ausgefüllt, — so ist der Wahnsinn da. Denn der Intellekt hat seine Natur aufgegeben, dem Willen zu Gefallen; der Mensch bildet sich jetzt ein, was nicht ist. Jedoch wird der so entstandene Wahnsinn jetzt zur Lethe unerträglicher Leiden. Er war das letzte Hilfsmittel der geängstigten Natur, das ist des Willens".

Und weiterhin fügt Schopenhauer hinzu:

„Man kann also den Ursprung des Wahnsinns ansehen als ein gewaltsames Sich-aus-dem-Sinne-schlagen irgend einer Sache, welches jedoch nur möglich ist mittels des Sich-in-den-Kopf-setzen irgend einer anderen".

In der Anschauung Schopenhauers finden wir bei näherem Zusehen unschwer zwei Auffassungen vereinigt, von denen die eine in der Psychiatrie bereits siegreich durchgedrungen ist, während die andere noch hart umfochten um ihre Daseinsberechtigung ringt, aber gleichfalls in absehbarer Zeit die Palme des Sieges empfangen wird.

Schopenhauer spricht von Vorfällen, welche vom Intellekt assimiliert werden müssen, damit die Gesundheit des Seelenlebens gewahrt bleibt. Gelingt es dem Bewußtsein nicht, bestimmte Ereignisse in sich aufzunehmen, so ist die Gelegenheit für den Ausbruch des Wahnsinns günstig. Zu dieser Meinung Schopenhauers findet sich nun eine auffallende Parallele in *Wernicke*s Aufstellung seiner Lehre von den überwertigen Ideen. „Im allgemeinen", sagt *Wernicke*, „können wir die überwertigen Vorstellungen als Erinnerungen an irgend ein besonderes affektvolles Erlebnis oder auch an eine ganze Reihe derartiger zusammengehöriger Erlebnisse definieren." Wenn nun nach *Wernicke* eine solche Erinnerung oder ein solcher Erinnerungskomplex im Bewußtsein ein unassimilierbares Novum bleibt — man vergleiche bei Schopenhauer und *Wernicke* den identischen Vergleich mit dem Vorgang der Assimilation —, so ergibt sich eben eine Schwierigkeit der Angliederung an den alten Bewußtseinsinhalt; es kommt zu einer folgenschweren Störung im Assoziationsmechanismus. Bei krankhafter Überwertigkeit der Vorstellungen erweisen sich die Gegenvorstellungen als unzulänglich. Bei der Bildung der überwertigen Vorstellungen spielen Affekte mannigfaltiger Art die bestimmende und wertgebende Rolle. Schopenhauer hat meiner Auffassung nach also in der Tat in genialer und für ihn als Nichtfachmann erstaunlicher

Weise die fundamental wichtige *Wernicke*sche Lehre von den überwertigen Ideen vorweggenommen. Bei Schopenhauer wie bei *Wernicke* hängt das Zustandekommen der überwertigen Ideen mit einer Assoziationsstörung zusammen. So sehr *Wernicke*[1]) auch sonst in einseitiger Weise intellektualistisch gesinnt war, so erkannte er doch auf dem Gebiet der Lehre von den überwertigen Vorstellungen die determinierende Bedeutung der affektiven Sphäre unseres Seelenlebens an. Schopenhauer hatte bereits die große Bedeutung der Gedankenassoziation zutreffend in einem besonderen Kapitel seines Hauptwerks gewürdigt. Aber er hatte auch sehr richtig erkannt, wie er sich ausdrückt, „was die Gedankenassoziation selbst in Tätigkeit versetzt, ist in letzter Instanz oder im Geheimen unseres Innern der Wille, welcher seinen Diener, den Intellekt, antreibt, nach Maßgabe seiner Kräfte Gedanken an Gedanken zu reihen, das Ähnliche, das Gleichzeitige zurückzurufen, Gründe und Folgen zu erkennen.“ Darüber aber ist Schopenhauer in bedeutsamer Weise noch hinausgegangen, indem er darlegt, daß wir oft vom Entstehen unserer tiefsten Gedanken keine Rechenschaft geben können, sie sind die Ausgeburt unseres geheimnisvollen Innern. Urteile, Einfälle, Beschlüsse steigen unerwartet und zu unserer eigenen Verwunderung aus jener Tiefe.....; selten liegt der ganze Prozeß unseres Denkens und Beschließens auf der Oberfläche. Gewöhnlich geschieht in der dunklen Tiefe die Rumination des von außen erhaltenen Stoffes, durch welche er in die Gedanken umgearbeitet wird. Und dies geht beinahe so unbewußt vor sich, wie die Umwandlung der Nahrung in die Säfte und Substanzen des Leibes. Damit kommt Schopenhauer auf das wichtige Gebiet der unbewußten Seelentätigkeiten. Hier ist die Stelle gegeben, von wo aus die Linie zu *Freud* und denjenigen führt, die in seiner Richtung arbeiten.

Um zu einem Verständnis der Neurosen und Psychosen zu kommen, genügt es nicht, allein die Phänomene des Oberbewußtseins in Betracht zu ziehen. Die symptomgestaltende und das Krankheitbild mitschaffende Kraft des Unbewußten darf nicht vernachlässigt werden, wenn anders wir die bisher so völlig rätselhaften Vorgänge

[1]) Vgl. als Parallele zu *Wernickes* Auffassung des Rätsels des Selbstbewußtseins (Grundriß der Psychiatrie 1900, S. 58) die Ausführungen Schopenhauers über den gleichen Gegenstand im 2. Bd. der Parerga § 32.



in der Entstehung der Neurosen und Psychosen entschleiern und begreifen wollen.

In der oben angeführten Auffassung Schopenhauers über den Wahnsinn finden wir im Keime und doch bereits klar ausgesprochen die wichtige Lehre *Freuds* von der Verdrängung und der hierdurch hervorgerufenen Ersatzbildung. Sobald wir die Außenseite der Dinge verlassen, wo die Geschehnisse uns in körperlicher, somatischer Objektivation entgegentreten, und auf die Innenseite, also in das Bereich der seelischen Ereignisse und Erlebnisse treten, begreifen wir mit *Freud* die Bildung der Neurosen und Psychosen als hervorgegangen aus schweren intrapsychischen Konflikten, welche bis in die Tiefe des Unbewußten hinabreichen. In den Psychosen objektiviert sich und spiegelt sich wider, freilich für das Individuum unbewußt, was in seinem Innersten miteinander kämpft und streitet, siegt und unterliegt, zur Verdrängung gebracht, von neuem bestrebt ist, aufzutauchen.

Eine wichtige und bedeutsame Quelle für diese intrapsychischen Konflikte ist in der Sexualität gegeben, wobei gleich scharf zu betonen ist, daß man hierbei nicht nur die einfache und grobe Sinnlichkeit, sondern auch wahrscheinlich in noch stärkerem Grade den psychischen Anteil in der Sexualität zu verstehen hat. Die Kenntnis dieser grundlegenden Tatsache verdanken wir den Forschungen *Freuds*, und es bleibt sein historisches Verdienst, uns hierüber die Augen geöffnet zu haben. Schopenhauer aber hat bereits die Bedeutung der Sexualität in ihrem ganzen Umfange und in ihrer vollen Tragweite durchschaut und in seiner glänzenden Art zur Darstellung gebracht. Er hält als notwendig für die energische Tätigkeit des Gehirns den Antagonismus des Genitalsystems:

„Die Energie des Genitalsystems ist für die Gehirnentwicklung von fundamentaler Bedeutung". „Der Geschlechtstrieb ist der Brennpunkt des Willens, und die Auswahl in bezug auf denselben die Hauptangelegenheit des natürlichen, menschlichen Willens." „Die Genitalien sind die Wurzeln, der Kopf ist die Krone." „Der Geschlechtstrieb ist anzusehen als der innere Schoß des Baumes, auf welchem das Leben des Individuums sproßt, wie ein Blatt, das vom Baume genährt wird und ihn zu nähren beiträgt." „Übertriebener Gebrauch jener Kraft verkürzt in jedem Alter das Leben, Enthaltsamkeit dagegen erhöht alle Kräfte, besonders aber die Muskelkräfte, weshalb sie zur Vorbereitung der griechischen Athleten gehörte. Alle Lebenskraft ist gleichsam durch Abdämmung gehemmte Gattungskraft." „Die Begierde des Geschlechts ist der Wunsch,



welcher selbst das Wesen des Menschen ausmacht. Im Konflikt mit ihr ist kein Motiv so stark, daß es des Sieges gewiß wäre. Sie ist so sehr die Hauptsache, daß für die Entbehrung ihrer Befriedigung keine anderen Genüsse entschädigen." „Das Geschlechtsverhältnis ist eigentlich der unsichtbare Mittelpunkt alles Tuns und Treibens und guckt trotz allen ihm übergeworfenen Schleiern überall hervor. Es ist die Ursache des Krieges und der Zweck des Friedens, die Grundlage des Ernstes und das Ziel des Scherzes, die unerschöpfliche Quelle des Witzes, der Schlüssel zu allen Anspielungen und der Sinn aller geheimen Winke, aller unausgesprochenen Anträge und aller verstohlenen Blicke, das tägliche Dichten und Trachten der Jungen und oft auch der Alten, der stündliche Gedanke des Unkeuschen und die gegen seinen Willen stets wiederkehrende Träumerei des Keuschen, der allzeit bereite Stoff zum Scherz, eben nur, weil ihm der tiefste Ernst zugrunde liegt. Der Geschlechtstrieb ist der Kern des Willens zum Leben, mithin die Konzentration alles Wollens, der Mensch ist konkreter Geschlechtstrieb." „Die Sehnsucht und der Schmerz der Liebe sind der Seufzer des Geistes der Gattung. Die Gattung hat unendliches Leben und ist daher unendlicher Wünsche, unendlicher Befriedigung und unendlicher Schmerzen fähig. Diese sind aber in der engen Brust eines Sterblichen eingekerkert, kein Wunder daher, wenn eine solche bersten zu wollen scheint und keinen Ausdruck finden kann für die sie erfüllende Ahnung unendlicher Wonne oder unendlichen Wehes." Und an einer anderen Stelle heißt es betr. den Sexualtrieb: „Wenn dieser in seiner ganzen Fülle und Macht von einem Individuum Besitz ergriffen hat, der Wille eines solchen Menschen ist in den Strudel des Willens der Gattung geraten, oder dieser hat so sehr das Übergewicht über den individuellen Willen erhalten, daß, wenn solcher in ersterer Eigenschaft nicht wirksam sein kann, er verschmäht, es in letzterer zu sein. Das Individuum ist hier ein zu schwaches Gefäß, als daß es die auf ein bestimmtes Objekt konzentrierte, unendliche Sehnsucht des Willens der Gattung ertragen könnte. In diesem Fall ist daher der Ausgang Selbstmord, bisweilen doppelter Selbstmord beider Liebenden; es sei denn, daß die Natur zur Rettung des Lebens Wahnsinn eintreten ließe, welcher dann mit seinem Schleier das Bewußtsein jenes hoffnunglosen Zustandes umhüllt". In diesem Sinn sagt auch Schopenhauer: „Noch größer aber ist die Zahl derer, welche dieselbe Leidenschaft (nämlich die Geschlechtsliebe) ins Irrenhaus bringt".

Ich muß Schopenhauer durchaus zustimmen, wenn er in so anschaulicher Weise und mit so eindringlicher Sprache die immer noch nicht genügend gewürdigte Wichtigkeit der Sexualität und ihre fundamentale Bedeutung für die Entstehung seelischer Störungen dartut. Freilich muß ich wieder hervorheben, daß man, um zu einem tieferen Verständnis der Vorgänge und ihrer intimen Zusammenhänge zu gelangen, ja nicht außer acht lassen darf, daß nicht allein die Be-



friedigung beziehungweise die Unerfüllung des sinnlichen Triebes in Frage kommt, sondern es gilt, die Sexualität in ihrer Gesamtheit, also auch, und vielleicht in erster Linie, die psychosexuellen Energien zu berücksichtigen. Schopenhauer war sich über die bisexuelle Veranlagung des Menschen durchaus klar. Er hebt ausdrücklich hervor, daß Mannheit und Weiblichkeit unzählige Grade zulassen. Wenn nun in einem Individuum diese beiden psychosexuellen Energien nicht in ein Gleichgewicht kommen können, wenn die Kräfte gegenseitig störend aufeinander zielen, dann muß es zu einem Kampfe kommen.

So sehen wir in zahlreichen Fällen, daß die homosexuelle Komponente im Unterbewußtsein des Individuums diesem zu schaffen macht, ihren Träger erschüttert und die Psyche in ihrer heterosexuellen Ausprägung bedrängt, verfolgt. Durch einen eigenartigen Mechanismus, dessen Klarlegung hier zu weit führen würde, wird der intrapsychische Verfolger auf die Außenwelt projiziert, der Kampf wird aus dem Unterbewußtsein des Individuums in die Umgebung verlegt, und somit wird eine Quelle des Verfolgungswahnes erschlossen. Wir kennen aber noch ein ferneres Paar von psychosexuellen Energien, welche das Seelenleben des Individuums erschüttern und in einen Konflikt treiben können, wenn es ihm nicht gelingt, der Widerspenstigen Zähmung zu vollziehen. Die Freude am Unterwerfen, die Lust zu herrschen und zu befehlen, der Reiz, die Wonne, die Macht des Sieges zu kosten, das Hochgefühl, in schrankenlosem Selbstbewußtsein die Flügel zu breiten; alle diese expansiven Gefühle finden ihre Steigerung und ihre verhängnisvolle Höchstleistung im Sadismus, dessen bekanntes Gegenstück der Masochismus ist, mit seinen fließenden Übergängen zu der Lust am Dienen, zu der Freude, im Gehorsam und in Unterwerfung Genüge zu finden, zu dem Willen, sich zu opfern. Das expansive Gefühl bildet eine Wurzel des Größenwahnes, wenn seine ganze Kraft auf das Ich beschränkt bleibt und lediglich seine Bestimmung erfährt, innerhalb der Schranken des Egoismus sich auswirken zu können. Hierzu kommt, daß die exzessiven Wünsche der Vorzeit heute atavistisch und entartet in den Größenideen gewisser Geisteskranken wiederkehren. Das Seelenleben der Vorzeit war mächtig vom Wunschleben erfüllt, ohne vom Intellekt, von Erfahrung und Erkenntnis, gezügelt und geleitet zu werden. Es mußte demnach zu exzessiven Wünschen kommen, weil die geistigen Kräfte noch nicht ausreichten, die Wirklichkeit zu erkennen und zu meistern, das Dunkel des eigenen Innenlebens zu erhellen und zu beherrschen. Die exzessiven Wünsche des Menschen sind die Quelle seines Wunderglaubens gewesen. Religion und Geisteskrankheit sind keine identischen Begriffe, aber sie hängen an der Wurzel ihres Werdens zusammen. Einstmals waren kraftvolle Wünsche tätig, und sie bauten



schöpferisch an den großen Religionen. Jetzt sind die Wünsche, die damals kraftvolle Gebilde erzeugen konnten, in ihrer Energie herabgesetzt und geschwächt; soweit sie phantastisch sind und die Grenzen der Wirklichkeit überspringen, geben sie den Grundstock ab, aus dem Größenideen entspringen können, indem aus der Quelle der Psychosexualität in das Ich fortgesetzt Energien strömen, welche zu den Größenideen sich transformieren. Der masochistisch depressive Komplex ist befähigt, den Boden abzugeben, auf welchem Verkleinerungsvorstellungen und Verfolgungsideen gedeihen können. Schopenhauer erkannte auch, daß die Vaterliebe darauf beruht, daß der Erzeuger im Erzeugten sich selbst wiedererkennt. Hier kann es zu einer übertriebenen Fixation der Kinder mit den Eltern kommen. Die Verlötung kann eine so innige sein, daß sie, wie *Freud* erwiesen hat, zu einem wichtigen Bestandteil einer seelischen Erkrankung, zur symptombildenden Kraft bei Neurosen und Psychosen werden kann. Polyandrische und polygamische Triebe, auch kriminelle Tendenzen, welche in der Vorzeit am Werke waren, kehren kraft des biogenetischen und psychogenetischen Grundgesetzes als atavistische[1]) Erscheinungen wieder, können zu Erschütterungen des Seelenlebens führen und erscheinen in psychischen Geschehnissen.

Ich muß mich hier natürlich begnügen mit einer kurzen Aufzählung psychosexueller Komponenten. Aber es kann dem aufmerksamen Blick die Polarität der Kräfte nicht entgehen. Schopenhauer hat in Anlehnung an Schelling auf die Polarität hingewiesen, auf das Auseinandertreten einer Kraft in zwei qualitativ verschiedene, entgegengesetzte und zur Wiedervereinigung strebende Tätigkeiten, ein Grundtypus fast aller Erscheinungen der Natur, vom Magnet und Kristall bis zum Menschen. Da ist es interessant zu hören, wie *Stekel* in seinem Werke „Die Sprache des Traumes" ausführt: „Alle Symptome, alle Erscheinungen des menschlichen Denkens und Fühlens sind bipolar. Und *Bleuler* spricht in demselben Sinne von Ambivalenz und Ambitendenz.

Mit dem Gesetze der Polarität hängt das Gesetz der sexuellen Äquivalente zusammen. Der scharfe Blick Schopenhauers ist zu bewundern, mit dem er diese wichtige Erscheinung erkannte. Er sagt: „So z. B. wird die Gier zum sinnlichen Genuß im Knabenalter als

[1]) Interessant ist auch die Bemerkung Schopenhauers: Das Nomadenleben, welches die unterste Stufe der Zivilisation bezeichnet, findet sich auch auf der höchsten im allgemein gewordenen Touristenleben wieder ein (Atavismus und Sublimierung).



Naschhaftigkeit auftreten, im Jünglings- und Mannesalter als Hang zur Wollust und im Greisenalter wieder als Naschhaftigkeit." Und an einer anderen Stelle heißt es: „So wird die Wollust der Völlerei Platz machen"[1]).

Je mehr wir im Verfolg der von *Freud* inaugurierten Richtung in das krankhafte Seelenleben eindringen, um so mehr finden wir die geistvolle Vorwegnahme der Lehre von den sexuellen Äquivalenten durch Schopenhauer bestätigt. Auch der Genuß alkoholischer Getränke ist, wie ich an anderer Stelle gezeigt habe[2]), vielfach keine primäre Erscheinung, sondern wird erst begreiflich, wenn wir ihn auffassen als das Äquivalent und den Ersatz für verdrängte und unterdrückte psychosexuelle Genüsse. Für krankhafte Störungen und Empfindungen, welche sich bei gewissen Kranken in der Umgegend der Mundzone, im Bereiche des Halses, im Gebiete der Sprache abspielen, gewinnen wir erst richtiges Verständnis und können erst ihren tieferen Sinn erschließen, wenn wir uns das Gesetz der psychosexuellen Transformation und die Tragweite der hierdurch bedingten psychosexuellen Äquivalente vergegenwärtigen.

Bestimmte Sexualvorgänge werden von dem ihnen eigentümlichen Orte in symbolischer Umdeutung nach der Mundregion verlegt, bietet doch schon von frühester Kindheit an die Mundzone eine Quelle von Lustzuwachs, welchem ein gewisser psychosexueller Charakter nicht abgesprochen werden kann. Die Bedeutung der psychosexuellen Äquivalente ist aber viel weitgreifender und umfassender, als es für den ersten Augenblick den Anschein hat. Wie Schopenhauer eingehend in seiner Metaphysik der Geschlechtsliebe darlegt, reicht die Geschlechtsliebe über das Individuum in die Gattung hinein. Er sagt: „Was im individuellen Bewußtsein sich kundgibt als Geschlechtstrieb überhaupt und ohne die Richtung auf ein bestimmtes Individuum des anderen Geschlechts, das ist an sich selbst und außer der Erscheinung der Wille zum Leben schlechthin. In der Geschlechtsliebe tritt der

[1]) Schopenhauer sagt: Aus der flüchtigen sinnlichen Begierde ist eine überlegte und berechnende Begier nach Gelde geworden, welche, wie ihr Gegenstand, symbolischer Natur und, wie er, unzerstörbar ist. Im Geiz überlebt die geistige Gier die fleischliche, der Geiz ist die sublimierte und vergeistigte Fleischeslust.

[2]) Zentralblatt für Psychoanalyse 1912.



Wille des einzelnen in erhöhter Potenz als Wille der Gattung auf. Im letzten Grunde betrifft die Geschlechtsliebe das Wohl und Wehe der Gattung".

In der Psychosexualität liegen also, wie man bei dem Verfolg des Schopenhauerschen Gedankens sagen kann, überindividuelle Richtungen und Strebungen, mit denen im letzten Grunde das metaphysische Bedürfnis des Menschen in Zusammenhang gebracht werden muß, wie es sich in der Schöpfung religiöser Gefühle und Vorstellungen, in der Bildung und Ausprägung zusammenfassender Weltanschauungen ausspricht. Doch dem Gegensatz der Polarität entsprechend, finden wir in der Psychosexualität auch eine Kraft, welche in die Tiefe und in die Niederungen den Menschen herabzieht. Aus der Psychosexualität entquellen auch die verbrecherischen Triebe. Treffend erklärt Schopenhauer: „Endlich verträgt sich die Geschlechtsliebe sogar mit dem äußersten Haß gegen ihren Gegenstand, daher schon Platon sie der Liebe der Wölfe zu den Schafen verglichen hat. Der Haß gegen die Geliebte, welcher sich dann entzündet, geht bisweilen so weit, daß er sie ermordet". Der Zusammenhang zwischen Psychosexualität und Verbrechen ist in der Tat ein inniger und tiefer, und immer mehr gelingt es unserer Wissenschaft, auch die verborgensten Zusammenhänge zwischen diesen beiden Gebieten menschlicher Irrungen und Wirrungen an den Tag zu bringen. Es ist das Verdienst des psychiatrisch durchgebildeten Staatsanwalts Erich Wulffen, mit Meisterhand das Bild des Sexualverbrechers gezeichnet zu haben. Mit der Schöpfung des Typus des Sexualverbrechers knüpft Wulffen unmittelbar an das große Werk *Lombrosos* an, dessen Gedanken durch Wulffen eine Fortsetzung und Vertiefung erfahren.

Mit Recht hat der ausgezeichnete Schüler und Freund *Lombrosos*, *Kurella*, gelegentlich in einer Schrift über *Lombroso* auf die Verwandtschaft des Denkens dieses Forschers mit der Wesensrichtung Schopenhauers hingewiesen. Die deterministische Weltanschauung ist dem Philosophen, wie dem Kriminalanthropologen zu eigen. „Das Wasser bleibt Wasser mit seinen in ihm ruhenden Eigenschaften", heißt es bei Schopenhauer. „Warum der Eine boshaft, der Andere gut ist, hängt nicht von Motiven und äußerer Einwirkung, etwa von Lehren und Predigten ab. Jeder menschliche Charakter wird sich unter allen Umständen offenbaren. Ist einer dumm, so



entschuldigt man ihn damit, daß er nicht dafür kann, aber wollte man den, der schlecht ist, eben damit entschuldigen, so würde man ausgelacht werden; und doch ist das Eine wie das Andere angeboren.“ Allein in der Erkenntnis liegt die Sphäre und der Bereich aller Besserung und Veredlung. Der Charakter ist unveränderlich, die Motive wirken mit Notwendigkeit. Der individuelle Charakter ist angeboren, er ist kein Werk der Kunst oder der dem Zufall unterworfenen Umstände, sondern das Werk der Natur selbst. Er offenbart sich schon im Kinde, zeigt dort im Kleinen, was er künftig im Großen sein wird. Er ist derselbe, den einst Greise tragen werden. Die tatsächliche, ursprüngliche Grundverschiedenheit der Charaktere ist unvereinbar mit der Annahme einer Willensfreiheit, die darin besteht, daß jedem Menschen in jeder Lage entgegengesetzte Handlungen gleich möglich sein sollen. Die Frage nach der Willensfreiheit ist wirklich, wie Schopenhauer mit Recht sagt, ein Probierstein, an welchem man die tiefdenkenden Geister von den oberflächlichen unterscheiden kann. Der Determinismus ist aber ein Grund- und Eckstein der psychiatrischen Wissenschaft, und von der festgegründeten Tatsache des Determinismus aus muß das herrschende Strafrecht seine tiefgründige Wandlung und Umformung erfahren. Zur Lehre vom geborenen Verbrecher führen unverkennbare Linien von der Gedankenrichtung und Lebensauffassung Schopenhauers. Seine treffende Darstellung von der Macht und Tragweite der Vererbung, seine eben berührte Lehre von der Konstanz und Unveränderlichkeit des Charakters, weisen offensichtlich zur Psychologie des Verbrechers hin.

Wie sehr Schopenhauers von der angeborenen Seelenverfassung und ihrer physiologischen Grundlage, ihrer somatischen Spiegelung, überzeugt ist, geht aus seinen tiefsinnigen Betrachtungen hervor, die wir im vierten Buch des ersten Bandes der „Welt als Wille und Vorstellung“ im Kapitel zur Ethik finden. Sie lauten:

„Man vergegenwärtige sich, wie unglaublich groß der angeborene Unterschied zwischen Mensch und Mensch ausfällt, im Moralischen und im Intellektuellen. Hier Edelmut und Weisheit, dort Bosheit und Dummheit; dem Einen leuchtet die Güte des Herzens aus den Augen, oder auch der Stempel des Genius thront auf seinem Antlitz; der niederträchtigen Physiognomie eines Andern ist das Gepräge moralischer Nichtswürdigkeit und intellektueller Stumpfheit von den Händen der Natur selbst unverkennbar und unauslöschlich aufgedrückt, er sieht drein, als müßte er sich



seines Daseins schämen. Diesem Äußeren aber entspricht wirklich das Innere."

Die Lehre Schopenhauers von dem Primat des Willens, von seiner bestimmten individuellen, angeborenen Schlechtigkeit und Bösartigkeit, die Lehre des Philosophen, daß der Intellekt erst die Effloreszenz des Willens ist, gibt uns auch den Schlüssel zum Verständnis der wenigstens von einer Reihe von namhaften Psychiatern anerkannten Krankheit, der sogenannten Moral insanity, deren Verwandtschaft, ja Identität mit dem geborenen Verbrecher die meiner Ansicht nach berechtigte Meinung *Lombrosos* ist.

Entsprechend seiner Grundanschauung mußte auch Schopenhauer zur Verwerfung der Strafe als Rache kommen. „Alle Vergeltung des Unrechts durch Zufügung eines Schmerzes, ohne Zweck für die Zukunft, ist Rache", sagt er, „und kann keinen anderen Zweck haben, als durch den Anblick des fremden Leidens, welches man selbst verursacht hat, sich über das selbst erlittene zu trösten. Solches ist Bosheit und Grausamkeit und ethisch nicht zu rechtfertigen".

Schopenhauer will die Strafe nur als Mittel zur Abschreckung von der Tat gelten lassen. In diesem Sinne tritt er auch ein für die Beibehaltung der Todesstrafe. Der Kriminalkodex soll nichts anderes sein, als ein Verzeichnis von Gegenmotiven zu möglichen verbrecherischen Handlungen. Andererseits spricht er den bedeutungvollen und wertvollen Gedanken aus: „Will man die Pönitentiargefängnisse als Erziehungsanstalten betrachten, so ist zu bedauern, daß der Eintritt dazu nur durch Verbrechen erlangt wird, statt daß sie diesen hätten zuvorkommen sollen". Ich glaube, daß die Zukunft hieran anknüpfen wird.

Höchst bemerkenswert sind die Ausführungen Schopenhauers über die Bedingungen, unter denen eine an sich strafbare Handlung straflos bleiben soll. Die intellektuelle Freiheit, wonach die Handlung des Menschen das Resultat der Reaktion seines Willens auf Motive ist, die in der Außenwelt ihm ebenso wie allen anderen vorliegen, wird aufgehoben entweder dadurch, daß das Medium der Motive, das Erkenntnisvermögen, dauernd oder nur vorübergehend zerrüttet ist, oder dadurch, daß äußere Umstände im einzelnen Falle die Auffassung der Motive verfälschen. Diese Umgrenzung der Strafausschließung findet ihre Parallele in der Begriffsbestimmung, wie sie dem ent-



sprechenden Paragraphen des zukünftigen Strafgesetzbuches untergelegt werden soll. Wenn im Gegenentwurf zum Vorentwurf eines Deutschen Strafgesetzbuches von Liszt und Kahl sagen: „Eine Handlung ist straflos, wenn der Täter zur Zeit der Handlung wegen Bewußtseinsstörung oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit nicht die Fähigkeit besaß, die Strafbarkeit seiner Tat einzusehen oder dieser Einsicht gemäß zu handeln", so atmen diese Sätze entschieden Schopenhauerschen Geist.

Interessant sind auch die Ausführungen Schopenhauers über die bloße Verminderung oder partielle Aufhebung der intellektuellen Freiheit. Der Begriff der verminderten Zurechnungfähigkeit spielt ja bekanntlich eine bedeutende Rolle in der psychiatrisch-forensischen Literatur. Im Vorentwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuche verlangt ein die Trunkenheit betreffender Paragraph: „War der Grund der Bewußtlosigkeit selbstverschuldete Trunkenheit, und hat der Täter in diesem Zustand eine Handlung begangen, die auch bei fahrlässiger Begehung strafbar ist, so tritt die für die fahrlässige Begehung angedrohte Strafe ein." Und nun höre man hierzu Schopenhauer: „Der Rausch ist ein Zustand, der zu Affekten disponiert, indem er die Lebhaftigkeit der anschaulichen Vorstellung erhöht, das Denken in Abstrakten dagegen schwächt und dabei noch die Energie des Willens steigert. An die Stelle der Verantwortlichkeit für die Taten tritt hier die für den Rausch selbst, daher er juristisch nicht entschuldigt, obgleich hier die intellektuelle Freiheit zum Teil aufgehoben ist".

Wiewohl ich hierin mit Schopenhauer nicht übereinstimmen kann, wie meine einschlägigen Arbeiten beweisen [1]), habe ich doch gerade diese Stelle des Philosophen angeführt, da auch aus ihr eine merkwürdige Verwandtschaft seiner Denkungsart mitder psychiatrisch-forensischen Auffassung der Gegenwart hervorgeht. Endlich muß ich noch auf eine höchst bedeutsame Bemerkung Schopenhauers hinweisen, welche sich in seinen Darlegungen über die Erblichkeit der Eigenschaften im zweiten Bande seines Werkes: Die Welt als Wille und Vorstellung, findet. Es ließe sich in Erwägung nehmen,

[1]) Vgl. *Juliusburger*, Bemerkungen zu dem Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie Bd. 67, S. 458.



sagt Schopenhauer, daß, wenn, wie es, irre ich nicht, bei einigen alten Völkern wirklich gewesen ist, nach der Todesstrafe die Kastration als die schwerste Strafe bestände, ganze Stammbäume von Schurken der Welt erlassen sein würden: um so gewisser, als bekanntlich die meisten Verbrechen schon in dem Alter zwischen 20 und 30 Jahren begangen werden. Auch erwähnt Schopenhauer eine Stelle aus den vermischten Schriften von Lichtenberg aus dem Jahre 1801: In England ward vorgeschlagen, die Diebe zu kastrieren. Der Vorschlag ist nicht übel, die Strafe macht die Leute noch zu Geschäften fähig; und wenn Stehlen erblich ist, so erbt es nicht fort. Auch legt der Mut sich, und da der Geschlechtstrieb so häufig zu Diebereien verleitet, so fällt auch diese Veranlassung weg. — Hier berührt sich Schopenhauer mit Forderungen moderner Kriminalhygiene. Die Frage der Kastration und Sterilisation von Verbrechern und Geisteskranken wird heute bereits in Amerika und in der Schweiz mit der Tat beantwortet. In meiner Besprechung [1]) des Buches von Dr. *Oberholzer* über die vorliegende Frage finden sich nähere Angaben über das wichtige Problem der Ausschaltung antisozialer Elemente von der Fortpflanzung, und es ist eine Freude, in dieser wichtigen Angelegenheit Schopenhauer zur Seite zu haben.

Ja, die Geschichte ist die große Zucht- und Lehrmeisterin des Menschen. Der Philosoph, den man zu seinen Lebzeiten nicht hören wollte, der in Abgeschiedenheit und Einsamkeit, aber in immer lebendigem Verkehre mit der Wirklichkeit und Natur lebte, dachte und schrieb, der große Philosoph lebt und wirkt in unmittelbarer Gegenwart fort und darüber hinaus. Der Zusammenhang Schopenhauers mit der modernen Psychiatrie und forensischen Wissenschaft ist unverkennbar, oft erstaunlich innig. Eine bewußte Verbindung besteht gewiß nicht, und sicherlich haben die modernen Forscher nicht aus den Werken unseres Philosophen geschöpft. Der Zusammenhang zwischen ihnen und dem Philosophen ist ein unbewußter, ein überindividueller. Hier breche ich ab, weil hier die empirische Wissenschaft mir in den Strom der Metaphysik einzulenken scheint und zu einer Betrachtung hinführen könnte, welche über mein gegenwärtiges Thema hinausreicht. Keine Kraft geht verloren, kein Gedanke kann zu nichts

[1]) Deutsche medizinische Wochenschrift 1912, Nr. 9.

werden, alles trägt und bewahrt die Mneme wie im fruchtbaren Schoße, nur der Zeit harrend, um ihn zu öffnen.

Nur noch einen Gedanken will ich zum Schluß aussprechen. Ich sehe in der Psychose als Gegenstand, gewissermaßen als das Hauptthema, zu dem sie die Variationen spielt, das eigene Wesen des von ihr befallenen Individuums. Die Psychose wird herausgeboren aus dem Kampf, welcher in der Tiefe des Individuums seinen Ursprung nimmt. Streit, Kampf und Wechsel des Sieges sehen wir auch hier wieder, und im letzten Grunde finden wir die dem Willen wesentliche Entzweiung mit sich selbst, welche Schopenhauer als das Grundthema unserer Welt nachgewiesen hat.



Über das neue Irrenfürsorgegesetz und die Neuordnung des Irrenwesens im Königreich Sachsen vom Jahr 1912.

Von

Obermedizinalrat Dr. **Hösel**,
Direktor der Königlichen Heil- und Pflegeanstalt Zschadraß b. Colditz.

Das Jahr 1912 ist ein Wendepunkt in der Geschichte des Irrenwesens im Königreiche Sachsen. Es fand in diesem Jahre eine grundsätzliche Neuordnung desselben statt. Es wurde von den gesetzgebenden Körperschaften zum erstenmal ein Irrenfürsorgegesetz geschaffen und auf Grund dieses Gesetzes von der Königlichen Staatsregierung die ganze Irrenpflege des Landes neu geregelt und vollständig von ihr übernommen.

Im folgenden sei darüber berichtet.

I.

Bevor jedoch auf die Neuordnung der Verhältnisse vom medizinischen Standpunkte aus selbst eingegangen und ihre Kenntnis den Berufsgenossen auf Grund der Verhandlungen zwischen der Königlichen Staatsregierung und den Ständischen Körperschaften des Landes zugängig gemacht wird, dürfte es von Interesse sein, zunächst erst über den Stand des Irrenwesens, besonders auch in dessen verwaltungsrechtlicher Beziehung, vor diesem Zeitpunkte einen Überblick zu geben [1]).

Es tritt dabei die Frage in den Vordergrund:

---

[1]) Es geschieht dies unter Benutzung einer Arbeit des Verfassers, die von ihm in Nr. 2 der wissenschaftlichen Beilage der Leipziger Zeitung im Jahr 1909 veröffentlicht worden ist: Betrachtungen über den weiteren Ausbau der Irrenfürsorge in Sachsen.



Wem lag vor dem Jahr 1912 im Königreich Sachsen die Pflicht ob, für eine geeignete Unterbringung von Geisteskranken zu sorgen?

Gesetzlich darüber bestimmt war folgendes:

1. Nach § 28 des Reichsgesetzes über den Unterstützungswohnsitz vom 30. Mai 1908 muß jeder hilfbedürftige Deutsche vorläufig von demjenigen Ortsarmenverband unterstützt werden, in dessen Bezirk er sich bei dem Eintritt der Hilfbedürftigkeit befindet.

2. Auf Grund allgemeinen Polizeirechtes haben die Polizeiorgane für Aufrechterhaltung der öffentlichen Ruhe, Ordnung und Sicherheit zu sorgen.

3. Nach § 1 der Königl. Sächs. Verordnung „die Zuständigkeit in Angelegenheiten der öffentlichen Irrenfürsorge betreffend" vom 23. August 1874 stand das Recht, gegen Irre, falls dieselben die öffentliche Ruhe störten oder die Sicherheit der Personen oder des Eigentums oder die öffentliche Sittlichkeit verletzten, solche Maßregeln zu ergreifen, wie die Dringlichkeit erheischte, und wie sie nach der deshalb erlassenen allgemeinen ärztlichen Instruktion zulässig waren, dem Bürgermeister, beziehentlich dem Gemeindevorstand zu.

4. Nach § 1 der allgemeinen Armenordnung für das Königreich Sachsen vom 22. Oktober 1840 war die öffentliche Armenpflege Gegenstand der Gemeindeverwaltung. Der Staat trat nur, wenn es nötig, vermittelnd ein. Als Gegenstand der Armenpflege galt neben anderen nach § 33, 2 die Krankenpflege, und zu letzterer gehörte, nach § 37 des gleichen Gesetzes, auch die Fürsorge für geisteskranke Arme.

5. Nach § 1 des sächsischen Gesetzes vom 26. Mai 1834 „über die Verbindlichkeit der Gemeinden, zur Verpflegung ihrer in die Landes-Heil- und -Versorganstalten aufgenommenen Armen beizutragen" waren die Gemeinden verbunden, Beiträge zur Unterbringung und Verpflegung der in die Landes-Heil- und -Versorganstalten, mit Einschluß der Blindenanstalt, aufgenommenen Personen zu entrichten, dafern der dadurch erwachsende Aufwand aus dem Vermögen der aufgenommenen Personen selbst oder von denen, die dazu privatrechtlich verbunden waren, nicht bestritten werden konnte.

Die Verbindlichkeit traf nach § 2 desselben Gesetzes diejenige Gemeinde, welcher die Verbindlichkeit zur Versorgung rücksichtlich der in einer der § 1 erwähnten Anstalten unterzubringenden Person oblag.

Die genannten Bestimmungen in Verbindung miteinander setzten also fest, daß die Pflicht, gegen gewalttätige Irre einzuschreiten, und einen Geisteskranken in geeigneter Weise unterzubringen, den Bürgermeistern und Gemeindevorständen oblag. Nicht also dem Staate! Nicht also anderen Verwaltungstellen! Fürsorge-



pflichtig waren einzig und allein die Vorstände der einzelnen größeren oder kleineren politischen Gemeinwesen in ihrer Eigenschaft als Polizeibehörde oder Vertreter eines Armenverbandes. Eine rechtliche Verpflichtung des Staates zur Aufnahme in die Landesanstalten bestand sonach überhaupt nicht, und die auf sie bezüglichen Regulative bestimmten nur die Voraussetzungen, unter denen die Aufnahme in die Landesanstalten, soweit der vorhandene Platz reichte, zulässig war, gaben aber den Gemeinden keinesfalls das Recht, die Aufnahme unter allen Umständen zu verlangen und zu erzwingen (Bericht der Finanzdeputation A der Zweiten Kammer über Kapitel 70 des ordentlichen Staatshaushaltsetats für 1904/05).

Nun waren zwar für die praktische Durchführung dieser gesetzlichen Bestimmungen im Laufe der Zeit auch von anderer Seite als von den genannten unterbringungspflichtigen Verwaltungstellen Einrichtungen getroffen worden, die die mit der Unterbringung, Verpflegung und Behandlung von Geisteskranken verbundenen großen Schwierigkeiten erleichtern, beziehentlich beseitigen sollten.

Neben Privatirrenanstalten für zahlungfähige Kranke trat hauptsächlich, aber wie erwähnt freiwillig, nur subsidiarisch, ergänzend, aushilflich, der Staat ein. Und der sächsische Staat war mit Aufwendung großer Mittel in mustergültiger Weise vorgegangen und hatte in dankenswerter Weise, wenn auch nur für bestimmte Gruppen von Geisteskranken — für heilbare und unheilbare gefährliche Kranke — Fürsorge getroffen. Er hat in den letzten 25 Jahren zu den bestehenden alten: Sonnenstein, Hubertusburg, Colditz und Hochweitzschen allein drei neue Heil- und Pfleganstalten gebaut: Untergöltzsch, Zschadraß, Großschweidnitz. Die vierte große Pfleganstalt Arnsdorf zu gleichen Zwecken ist erst vor kurzem dem Betrieb übergeben worden (1. April 1912). Außerdem haben in den letzten Jahren die bestehenden älteren Anstalten Hubertusburg, Hochweitzschen und besonders Sonnenstein wesentliche Vergrößerungen durch Um- und Neubauten erfahren.

Sodann haben in ausgedehntem Maße einzelne Großstädte umfangreiche Mittel zu diesem Zweck bewilligt. Genannt seien die Anstalten Dösen für die Stadt Leipzig, die Nervenanstalt Hilbersdorf für Chemnitz, das Irrensiechenhaus für Dresden. Endlich haben einige wenige größere Städte, wie Plauen, Zwickau, ferner einige

Bezirksverbände wie Borna, Rochlitz, Annaberg usw. neuere Einrichtungen an Bezirksanstalten getroffen, die gleichen Zwecken dienen.

Alle diese Einrichtungen hatten in rechtlicher Beziehung das Gemeinsame an sich, daß sie Geisteskranken Aufnahme gewähren können, nicht aber müssen, daß sie die Kranken genau so, wie es der Staat tat, ganz freiwillig, nach ihren Satzungen aufnahmen, daß sie ihnen besonders nur so lange und so weit Unterkommen gaben, solange Platz dazu vorhanden war. Eine Verpflichtung lag also auch einem Bezirksverband oder einem Krankenhausvorstand nicht ob, wenn diese und der Staat bisher auch in der Hauptsache die Unterbringung besorgt und erledigt hatten, solange der Platz reichte.

Einzig und allein gesetzlich verpflichtet waren Bürgermeister und Gemeindevorstände, und es folgte daraus, daß alle Gemeinwesen, an deren Spitze ein Bürgermeister oder Gemeindevorstand stand, für eine geeignete Unterbringung ihrer nach obigen Bestimmungen unterbringungbedürftigen Geisteskranken rechtlich selbst zu sorgen hatten. Die großen Gemeinwesen wie Leipzig, Dresden, Chemnitz hatten hieraus bereits die Folgen gezogen und waren zum Bau eigener Anstalten geschritten.

Anders und ungünstiger lagen die Verhältnisse des übrigen Landes. Es war klar, daß der Bürgermeister einer kleinen Stadt oder gar ein Gemeindevorstand mit den ihm zur Verfügung stehenden Hilfsmitteln nicht in der Lage war, seiner Unterbringungspflicht ohne anderweite Hilfe nachzukommen.

Bisher standen ihm in der Hauptsache zwei Wege offen, die er betreten konnte:

1. Die Benutzung der staatlichen Anstalten.

Diese waren aber schon seit Jahren an der Grenze ihrer Leistungfähigkeit angelangt. Die bestehenden waren vollständig gefüllt. Plätze wurden nur frei durch Abgang infolge von Entlassung, Beurlaubung oder Tod, ein Wechsel in der Bewegungswelle des Zu- und Abgangs, der nicht groß genug war, um allen Aufnahmegesuchen entsprechen zu können. Ein großer Teil unterbringungbedürftiger Kranker konnte in den Staatsanstalten auf längere Zeit hinaus nicht oder nur ausnahmweise Aufnahme finden. An dieser Tatsache konnte wesentlich auch nicht die weitere etwas ändern, daß die vom Staate neu erbaute Anstalt Arnsdorf eröffnet wurde. Diese Anstalt hat die bestehende Notlage wohl etwas gemildert



und dem Platzmangel etwas abgeholfen. Auf die Dauer wird sie ihn aber nicht beseitigen. Zum anderen war die neue Anstalt aber zunächst auch nur für unheilbare und gefährliche Kranke vorgesehen. Zwischen diesen aber und denjenigen, die bisher in der Familie oder teilweise in derGemeindepflege bequem versorgt werden konnten, gab es noch eine große Anzahl Kranker, die schwer abzugrenzen war, für die aber auch anderweit gesorgt werden mußte. Sie gehörten weder zu den Heilbaren noch zu den Unheilbaren und Gefährlichen, gehörten aber auch nicht zu den ruhigen, sozialen oder siechen Kranken der Familien- oder der Gemeindepflege, sondern bildeten eine Art Zwischenklasse, die weder in die Familie, noch in eine Form der Gemeindepflege gehörten, sondern in Anstalten vom Charakter der Staatsanstalten.

Von diesen Kranken lebte der größte Teil auch in Gemeindepflege, machte dort aber große Not und bereitete der Fürsorge und Pflege deshalb große Schwierigkeiten, weil die Mittel, die dieser Form der Gemeindepflege bisher, selbst in der Form der neueren Einrichtungen in einzelnen Bezirksanstalten, zur Verfügung standen, für diese Kranken nicht ausreichten.

2. Der zweite Weg, der den unterbringungspflichtigen Verwaltungstellen offen stand, war der, die Kranken in Kranken-, Armen-, Siechen- oder Bezirksanstalten unterzubringen. Aber auch dieser Weg war nach den bisherigen Erfahrungen nur streckenweise gangbar. Die bestehenden Einrichtungen in diesen Anstalten genügten zum weitaus größten Teil bisher schon nicht. Diese waren bisher schon Aushilfsmittel, wurden benutzt, weil es Besseres nicht gab, mehr aus Not als zum eigentlichen Zweck, den sie meist nie ganz erfüllten, ihn auch nicht erfüllen konnten, weil sie nur zu vorübergehenden Zwecken errichtet waren. Neue Einrichtungen waren aber bisher im Verlaß auf die seither vom Staate geleistete Hilfe von den meisten zuständigen Stellen nicht getroffen worden, ganz abgesehen davon, daß kleine Gemeinwesen dazu gar nicht imstande waren, weil die Eigenart dieser Einrichtungen und ihre Anwendung sie daran hinderten und weil die zu verwendenden Geldmittel in keinem Verhältnis gestanden haben würden zu dem Zweck, der erreicht werden sollte. Also auch der zweite Weg war nur teilweise, für die meisten Orte gar nicht gangbar. Immer mehr machte sich also die Notwendigkeit fühlbar, auf andere Mittel und Wege zur Unterbringung der sich mehr und mehr häufenden Kranken zu sinnen und entweder die bisherigen Anstalten zu erweitern, neue zu bauen oder sonst wie helfend einzugreifen.

Jedenfalls mußte etwas geschehen, um den bestehenden Übelständen abzuhelfen. So wie bisher konnte es nicht weiter gehen. Die Not in den Gemeinden, der Mangel genügender Räume in den bestehenden staatlichen Anstalten und das völlige Fehlen jeglichen geeigneten Unterkommens in den kleinen Anstalten der Gemeindeverwaltungen einerseits,

die traurige Lage, in die die Kranken infolge dieser Verhältnisse und der daraus folgenden gänzlich unzureichenden Hilfe selbst kamen, andererseits zwang zu energischer Abhilfe.

Wie konnte nun dem entsprochen werden, daß die Abhilfe eine gründliche war?

Verschiedene Wege konnten betreten werden. Von den möglichen kamen folgende in Frage: Die Irrenfürsorge eines Landes ist nur dann eine erfolgreiche und zweckentsprechende, wenn sie zentralisiert ist. In jeder anderen Form versagt sie oder erfordert, soll sie jederzeit gut funktionieren, sehr große Geldmittel.

Ist diese Überlegung richtig, dann ergaben sich für unsere sächsischen Verhältnisse zwei Möglichkeiten:

1. Man konnte daran denken, die oben angeführten gesetzlichen Bestimmungen dahin abzuändern, daß der **Staat** als die mächtigste, reichste und größte Zentralgewalt zuständig zur Unterbringung von allen Formen von Geisteskranken gemacht wurde, daß also der Staat die Pflicht der Unterbringung aller Geisteskranken und damit die Verwaltung des gesamten Irrenwesens Sachsens übernahm. So ideale Verhältnisse dieser Vorschlag schaffen mußte — und es war zweifellos grundsätzlich der richtigste und zweckentsprechendste —, so schwierig war die Durchführung desselben. Denn damit hätte voraussichtlich die ganze Armenfürsorge, soweit sie Geisteskranke betraf, aus dem Pflichtenkreis der Gemeinden in den des Staates übergehen müssen. Eine solche grundsätzliche Veränderung in der Organisation des Armenwesens schaffte aber Schwierigkeiten nicht bloß rechtlicher, sondern besonders finanzieller Art. Denn zum Erlaß des Gesetzes vom 26. Mai 1834 hatte ja gerade die Notwendigkeit geführt, einheitliche Bestimmungen darüber zu treffen, inwieweit den Ortsgemeinden Beiträge zu der Verpflegung ihrer in die Landesanstalten aufgenommenen Armen anzusinnen seien, um nicht, wie die Begründung des Regierungsentwurfs (vgl. Landtagsakten vom Jahr 1833, Abt. Bd. 3, S. 217) besagte, „der Staatskasse eine den Kommunen obliegende Verbindlichkeit aufzubürden, vielmehr um dem dahin gerichteten Streben der Kommunen, sich ihrer Armen und deren Versorgung zu entledigen, zu begegnen" (siehe Bericht der Finanzdeputation A der zweiten Kammer über Kap. 70 des ordentlichen Staatshaushaltetats für 1904/05). Würden dabei — was nur recht und billig war — aber auch die fünf exemten Städte einbezogen, von den Vorteilen dieser Organisation Gebrauch zu machen, dann mußte die Mehrbelastung, die ihre Mitversorgung dem Staate auferlegte, eine so überaus große werden, daß an die Verwirklichung dieses Planes erst dann gedacht werden durfte, wenn andere gangbare Wege nicht mehr aufzufinden waren.

Konnte die Zentralstelle also noch anderswo gesucht werden?



Es kamen in dieser Beziehung noch zweitens die kleineren Verbände selbst in Betracht und zwar zunächst

2 A) die einzelnen Bezirksverbände. Diese Verbände hatten sich bisher so geholfen, daß sie an Krankenhäusern ihrer Bezirke oder an Armen- oder Bezirksanstalten Vorkehrungen trafen für die Sicherung erregter Kranker durch Einbau einer oder mehrerer Isolierzimmer, für die Unterbringung ruhiger und siecher Kranker durch Einrichtung einiger Krankenräume.

Diese Einrichtungen waren nach den Erfahrungen des Verfassers aber — mit ganz vereinzelten Ausnahmen — fast alle ungenügend. Sie waren teils alt, oft sehr alt. Man sah noch die alten Autenriethschen und sogar Polsterzellen. Und die neueren waren nur für vorübergehende Zwecke geeignet. Sie waren vor allem zu klein. Für eine Unterbringung auf längere Dauer — und wie lange währt diese oft bei solchen Kranken? —, für eine Unterbringung behufs Heilbehandlung waren sie meist samt und sonders ungeeignet. Einzelne Bezirksverbände hatten ja in anerkennenswerter Weise einen weiteren Schritt vorwärts getan. Sie hatten Adnexe an bestehende Siechen- oder Bezirksanstalten gebaut in Form von kleinen Wachabteilungen, eine Art Stadtasyle im *Griesinger*schen Sinne. Sie hatten neuzeitlichere Einzelzimmer, sie hatten sogar Einrichtungen zu Dauerbädern. Aber selbst wenn diese Vorkehrungen neuzeitlichen Ansprüchen genügt hätten, erfüllten sie doch nur bestimmte Zwecke, waren für diese Sonderzwecke auch notwendig, waren aber nicht hinreichend für den Zweck, den die Irrenfürsorge des gesamten Bezirks überhaupt erforderte. Denn es fehlte ihnen zuvörderst an geeignetem sachverständigen und geschulten ärztlichen und Pflegepersonal. Für die Anstellung eines selbständigen Psychiaters waren sie zu klein. Seine Leistungfähigkeit wurde nicht voll ausgenutzt. Seine Anstellung wurde damit zu kostspielig. Wurde die ärztliche Leitung aber im Nebenamte erledigt, litten die Kranken, litt die ganze Organisation, der ganze Betrieb. Denn dieser und die Kranken waren dann in den Händen des Personals. Es fehlte die Aufsicht, die Kontrolle. Der ganze Geist der Einrichtung wurde wieder ein anderer, er erfuhr eine Veränderung ad pejus. Das Pflegepersonal war meist nicht geschult. Denn zur Behandlung und Verpflegung von Geisteskranken gehört eben besondere Vorbildung, besondere Eignung, besondere Erfahrung, andere, als die, die gewöhnlich dem Personal zur Verfügung stand, das dort angestellt war. Es fehlte ferner und besonders der ganze neuzeitliche therapeutische Apparat für die heilbaren Kranken. Es fehlte an Einrichtungen für die Behandlung chronisch erregter, insozialer Elemente und solcher, die ihrer individuellen krankhaften Haltung nach besonderer Maßnahmen zu ihrer Behandlung und Verpflegung bedurften (Beschäftigungs- und Ernährungstherapie). Diese Adnexe eigneten sich also höchstens für eine möglichst rasche, vorübergehende und vorläufige Unterbringung von frisch erkrankten Personen oder höchstens



für eine dauernde Unterbringung von geistig gebrechlichen, aber sozialen und lenkbaren, ruhigen Kranken, nicht aber für den Teil der übrigen Geisteskranken, deren Unterbringung den Bürgermeistern und Gemeindevorständen sonst oblag, besonders auch nicht für die Verpflegung der oben definierten Zwischenklasse. Für diese waren die Vorkehrungen in den genannten Anstalten oder Adnexen ungenügend. Sie blieben Halbheiten, waren nichts Ganzes, und sollten sie es werden, so kosteten ihre Anlagen so viel Geld, daß dieses von den einzelnen Bezirksverbänden nicht aufgebracht werden konnte.

Die geeignete Zentralstelle war also der Bezirksverband auch nicht.

2B.) Vermochte die Hilfe nicht der einzelne Bezirksverband zu bringen, vielleicht tat es eine Vereinigung von Bezirksverbänden, ein **Verband** der Bezirksverbände eines Regierungsbezirks? Um beurteilen zu können, ob dies angängig war, und ob ein solcher Verband zweckentsprechende Abhilfe schaffen konnte, bedurfte es zunächst einer genauen Irrenstatistik. Leider fehlte diese vollständig und fehlt noch heute, und man ist nur auf Schätzung angewiesen. Unbedingt nötig wäre aber eine solche, und die zuständigen Stellen, die Amtshauptmannschaften, sollten, jede für ihren Bezirk, in ihrem eigensten Interesse sobald wie möglich eine solche schaffen. Die Schwierigkeiten können keine großen sein, und unter Zuhilfenahme der Bezirksärzte oder der Anstaltdirektion der Landesanstalten, die in ihren Bezirken liegen, dürfte eine solche ohne nennenswerten Aufwand von Zeit, Geld und Mühe zu erzielen sein.

Erst wenn man weiß, für wen zu sorgen ist, kann man Einrichtungen für die Beteiligten treffen. Nur was man übersieht, beherrscht man.

Nahm man nun an, in jeder Amtshauptmannschaft, z. B. der Kreishauptmannschaft Leipzig, befänden sich durchschnittlich 50 Geisteskranke männlichen und weiblichen Geschlechts, für die der Staat zunächst nicht sorgte, die sich auch nicht für Familienpflege eigneten, für die aber auch nicht die bisher übliche Gemeindepflege ausreichend war, so würden 300 Plätze zu beschaffen gewesen sein, um diese Kranken in eine geeignete zentrale Fürsorge zu bringen.

Das Beste und Zweckentsprechendste wäre in diesem Fall etwa der Bau einer gesonderten selbständigen Irrenanstalt gewesen, etwa im Sinne einer größeren staatlichen Pfleganstalt. Wären die Mittel hierzu vom Verband der Bezirksverbände eines Regierungsbezirkes aufzubringen gewesen, dann wäre der Zweck noch in einer Form erreicht, der man hätte beipflichten können. Die Kranken wären alle in sachgemäßer Behandlung, der ganze therapeutische Apparat wäre an einer Stelle gewesen. Die Leitung wäre eine zentrale gewesen. Die Voraussetzungen für die geeignetste Form der Irrenfürsorge wären ausreichend erfüllt worden. Die Verwirklichung des Vorschlags scheiterte aber an den Kosten. Denn selbst wenn dem



Pflegecharakter der Anstalt entsprechend der Bau und die Einrichtung in den einfachsten Formen vollzogen worden wären — unter einigen Millionen Mark hätte eine solche den geforderten Interessen dienende und alle ihre Zwecke erreichende Einrichtung mit ihrer Beamtenzahl, mit ihrem umfangreichen, wirtschaftlichen Betrieb, mit dem zu erwerbenden Grundbesitz usw. usw. nicht hergestellt werden können. Dies wären aber Opfer gewesen, die selbst ein Verband von reicheren Bezirksverbänden aufzubringen kaum in der Lage gewesen wäre.

Es fragte sich also, gab es nicht noch eine weitere Möglichkeit für die Bürgermeister und Gemeindevorstände, aus dieser Schwierigkeit herauszukommen?

2C.) Die Schwierigkeiten hätten behoben werden können, wenn für den Verband der Bezirksverbände die Möglichkeit bestanden hätte, einen Anschluß im großen an die bestehenden staatlichen Heil- und Pflegeanstalten zu erreichen. Die Erwägungen, die diesem Gedanken zugrunde lagen, waren folgende:

Wenn eine Stadt ein neues Gymnasium braucht, stellt sie der ausführenden Behörde gewöhnlich einen Platz kostenlos zur Verfügung. Wenn Interessenten eine neue Eisenbahn wünschen, überlassen Gemeinden dem bauführenden Staat oft kostenlos die Strecken Landes. Wenn Straßen und Wege, deren Instandhaltung den Gemeinden obliegt, neu erbaut oder Reparaturen unterzogen werden sollen, werden staatliche Amtsstraßenmeister, in diesem Fall gegen Entgelt, zur Ausübung dieser Handlungen herbeigezogen, Staatsbeamte zu Arbeiten für Gemeinden. Es lag nahe zu erwägen, ob das Verfahren nicht auf unseren Fall anzuwenden möglich war. Sehen wir zu!

Jeder Bezirksverband stelle dem Staat ein größeres Kapital zur Verfügung, das er selbst (der Bezirksverband) amortisierend verzinst, das aber in den Besitz des Staates überginge. Hierfür baute der Staat im Anschluß an eine Heil- und Pfleganstalt je nach deren Erweiterungfähigkeit ein oder je nach Bedürfnis 2—3—4 Häuser, in denen alle Kranken hätten untergebracht werden können, besonders auch die, die der oben erwähnten Zwischengruppe angehörten. Betont sei, untergebracht werden. Die Verpflegung darin hätte natürlich nach den jeweilig bestehenden Grundsätzen und Bedingungen auf Kosten der Ortsarmenverbände weiter erfolgen müssen. Die Zahl der Kranken, die jeder Bezirksverband hätte unterbringen dürfen, hätte sich nach der Größe des Kapitals richten müssen, das der einzelne Bezirksverband zu diesem Zweck dem Staat zur Verfügung gestellt hätte. Was wäre die Folge einer derartigen Organisation gewesen?

1. Das Irrenwesen Sachsens hätte in der Tat in einer Hand gelegen. Es wäre zentralisiert worden und hätte in dieser Form alle seine großen Vorzüge wirken lassen können.

2. Der wirtschaftliche und sonstige andere Betrieb, der an der



Landesanstalt bereits vorhanden war, hätte nicht neu beschafft zu werden brauchen, Grundbesitz wäre gleichfalls nicht neu zu erwerben gewesen, Voraussetzungen, die durch ihren Wegfall ansehnliche Kosten gespart hätten.

3. Das ganze ärztliche, Pflege-, Verwaltungs- und Betriebspersonal wäre sachkundig gewesen. Es hätte wohl entsprechend vermehrt werden müssen, bedurfte aber wie der ganze Betrieb der Anstalt nur der Erweiterung, nicht der Neugründung, gleichfalls Voraussetzungen, die sich hätten billiger beschaffen lassen, als bei Errichtung einer selbständigen neuen Anstalt in jedem Regierungsbezirk.

4. Der vorhandene therapeutische Apparat, in Form der Beschäftigungstherapie der Kranken in der Land- und Gartenwirtschaft, in bestimmten Handwerken, in Form der Bett- und Wasserbehandlung, in Form der Ernährungs- und Beruhigungstherapie usw. wäre bereits vorhanden gewesen und konnte in sachverständiger Weise auch auf die noch hinzukommenden Kranken angewandt werden.

5. Der neuzeitliche Geist der Heil- und Pfleganstalt konnte allen Kranken des Bezirks zugute kommen. Jedem Kranken konnte dem jeweiligen Stand seiner Krankheit entsprechend durch Versetzung von der Heil- in die Pflegabteilung der Anstalt und umgekehrt die ihm gebührende und für ihn notwendige günstigste Behandlungsart zuteil werden. Es wäre eine bestmögliche Unterbringung für jeden Kranken gesichert gewesen.

6. Es hätte die Einführung der Familienpflege in Angriff genommen und einheitlich durchgeführt werden können.

7. Den Landesanstalten wären annehmbar wieder mehr landwirtschaftliche Arbeiter für ihre Kolonien beschafft worden. Der Charakter der kolonialen Anstalt hätte für die Heil- und Pfleganstalten wieder mehr zur Geltung gebracht werden können.

8. Ein umwälzender Eingriff in die gegenwärtig bestehende Armenfürsorge hätte nicht stattgefunden.

9. Besonders drängte aber die finanzielle Seite des Vorschlages zu eingehender Prüfung, da der Vorteil, den die Gemeinden in dieser Beziehung gehabt hätten, nicht zu unterschätzen war. Denn wenn auch bei Bestellung eines größeren, zu amortisierenden Kapitals durch Verzinsung eine zunächst höhere Belastung der Ortsarmenverbände eingetreten wäre, so wären sie dafür doch auch der Deckung der ansehnlichen Summen enthoben gewesen, die durch den unvermeidlich gewordenen Bau von Einrichtungen kleineren oder größeren Umfangs entstanden wären, und deren Unzulänglichkeiten, wie oben dargetan worden ist, auch in Zukunft hätte bestehen bleiben müssen.

Und doch standen trotz dieser Vorteile der Durchführung auch dieser weiteren Form der Organisation erhebliche Bedenken entgegen.

Den Bürgermeistern und Gemeinden war zwar die Sorge der Unterbringung ihrer Kranken abgenommen. Ein befriedigender Ausgleich der Kosten wäre aber nicht, höchstens nur unter Wegräumung großer Hindernisse finanzrechtlicher Art erzielt worden.

Die Stellung, Verrechnung, Amortisation der hohen Kapitalien hätte für die Gemeinden eine sehr hohe Belastung bedeutet, die verwaltungsrechtliche Ordnung dieser Geldsummen durch Gesetz oder Verordnung hätte zu großen Weiterungen geführt. Außerdem hätten die Gemeinden den ganzen Unterhalt für ihre Kranken auch weiter bestreiten müssen, und zu diesem Unterhalt kamen noch die großen Ausgaben für die Kapitalbeschaffung. Die Durchführbarkeit dieser Art der Organisation erschien wohl einfach, die Durchführung selbst aber war wegen der Folgen in armenrechtlicher, verwaltungstechnischer und gesetzgeberischer Beziehung überaus erschwert. Ideal und vollkommen, etwas Ganzes war also diese Form der Regelung auch nicht. Ideal war nur die Übernahme der gesamten Irrenpflege auf den Staat.

Und dies geschah.

Die Königliche Staatsregierung hat die Irrenpflege Sachsens unter den unten noch zu besprechenden Voraussetzungen ganz übernommen. Sie tat es unter Zustimmung der Landstände

1. durch Schaffung eines Irrenfürsorgegesetzes und

2. durch Neuordnung der gesamten Irrenpflege in verwaltungsrechtlicher Beziehung.

II.

Das neue Irrenfürsorgegesetz.

Es lautet folgendermaßen:

Gesetz über die Anstaltsfürsorge an Geisteskranken.

§ 1. Die Landesanstalten haben alle erwachsenen Geisteskranken, die der Behandlung und Pflege in einer Irrenanstalt bedürfen und deren Unterbringung ein sächsischer Ortsarmenverband in Erfüllung seiner armenrechtlichen Verpflichtung oder eine sächsische Gemeinde aus besonderen sachlichen Gründen beantragt, aufzunehmen und so lange zu verpflegen, als die eben angegebenen Voraussetzungen dauern.

Geisteskrank im Sinne dieses Gesetzes sind auch die Epileptischen, soweit sie zu den gewalttätigen epileptisch Irren zu zählen sind.

§ 2. Die Ortsarmenverbände und Gemeinden haben, bevor sie den Antrag auf Unterbringung stellen, ein ärztliches Gutachten einzuholen, in zweifelhaften Fällen das Gutachten des Bezirksarztes.



Über die Aufnahme entscheidet die Anstaltsdirektion. Eine Ablehnung hat sie zu begründen. Über die Beschwerde hiergegen befindet die für den Ortsarmenverband oder die Gemeinde zuständige Kreishauptmannschaft. Die Beschwerde ist auch zulässig, wenn die Anstaltsdirektion beschlossen hat, den Kranken zu entlassen. Eine solche Entlassung ist ebenfalls zu begründen.

Die Beschwerde ist binnen einer Woche nach der Bescheidung des Ortsarmenverbandes oder der Gemeinde zu erheben und hat aufschiebende Wirkung, wenn sie sich gegen eine Entlassung richtet.

Die Entscheidung der Kreishauptmannschaft ist endgültig.

§ 3. Im Falle der Selbstzahlung sind die Anstaltskosten von den Aufgenommenen und, soweit deren Mittel nicht ausreichen, von den Personen zu entrichten, die nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts unterhaltpflichtig sind.

Bis zur Beibringung eines anderen Zahlers ist der Landesanstalt gegenüber zunächst der Armenverband oder die Gemeinde, welche die Aufnahme herbeigeführt oder sonst die Zahlungsverbindlichkeit übernommen haben, sodann derjenige Armenverband zahlungspflichtig, der nach den armenrechtlichen Vorschriften für den Kranken zu sorgen hat.

§ 4. Für die sächsischen Ortsarmenverbände, soweit ihnen die Unterstützung eines Kranken vorläufig oder endgültig obliegt, und für die sächsischen Gemeinden besteht der gleiche Verpflegsatz. Dieser bemißt sich nach der Hälfte des Aufwandes, der, nach dem Durchschnitt des Gesamtaufwandes aller Landesirrenanstalten berechnet, auf einen Kranken der billigsten Verpflegklasse täglich entfällt.

Die Höhe des Satzes macht das Ministerium des Innern mit der Maßgabe bekannt, daß er frühestens ein halbes Jahr nach der Veröffentlichung in Kraft tritt.

§ 5. Dieses Gesetz tritt am 1. Oktober 1913 in Kraft, soweit nicht mit einzelnen Städten etwas anderes vereinbart worden ist.

Auf geisteskranke Verbrecher, die wegen ihrer Gewalttätigkeit der Aufnahme in einer geschlossenen Anstalt bedürfen, leidet das Gesetz schon vom 1. Januar 1913 an unbeschränkt Anwendung.

Mit der Ausführung des Gesetzes wird unser Ministerium des Innern betraut, das auch in der bisherigen Weise Anstaltsordnungen zu erlassen und darin insbesondere die bei Aufnahme eines Kranken erforderlichen Unterlagen anzugeben hat.

III.

Worin bestehen nun die Vorteile der neuen Regelung des Irrenwesens Sachsens in dem im obigen Gesetz festgelegten Sinne?

Es ist ohne weiteres klar: Es ist die grundsätzlich wichtigste Forderung der Irrenfürsorge erfüllt worden, die Forderung der Zen-

tralisation des Irrenwesens. Die Staatsregierung hat den entscheidenden Schritt getan und hat die ganze Irrenfürsorge des Landes selbst übernommen, hat sie zentralisiert und sich selbst an die Spitze dieser Verwaltungszentrale gestellt. Dieses ist das wichtigste Ergebnis der ganzen Reform. Jetzt erst können alle die Vorteile ausgenutzt werden, die eine geordnete Irrenpflege eines Landes vom Umfang und der Bewohnerzahl des Königreichs Sachsen in neuzeitlichem Sinne bietet.

Es werden also in Zukunft *alle* der Armenfürsorge anheim gefallenen Geisteskranken vom Staate in Krankenfürsorge genommen werden. Damit wird dem ganzen Irrenwesen Sachsens ein vollständig neues und modernen Anforderungen genügendes Gefüge gegeben. Bisher waren nur heilbare und unheilbar gefährliche Kranke aufgenommen worden. Die Aufnahme chronischer Kranker wurde von deren Gefährlichkeit abhängig gemacht. Das neue Verfahren erstreckt sich von nun ab auf alle anstaltbedürftigen Kranken, soweit sie ein Ortsarmenverband unterzubringen hat, in Zukunft also auch auf Unheilbare und Ungefährliche. Bisher war nur Platz für die erste Gruppe, in Zukunft Platz für alle Kranken, besonders auch für die, die in die oben geschilderten Zwischengruppen fielen. Bisher stammten die meisten Aufnahmen nur aus den kleinen und mittelgroßen Gemeinwesen. In Zukunft haben auch die großen Städte Anteil an der Möglichkeit, ihre Kranken den Landesanstalten zuzuführen. Unterschiede in den Auffassungen, was ist „gefährlich", was nicht, fallen weg. Meinungsverschiedenheiten, wer ist zur Fürsorge verpflichtet, wer nicht, sind in der Hauptsache aus dem Wege geräumt. Eine Ablehnung wegen Platzmangels ist nicht mehr zulässig. Alle der Anstaltbehandlung bedürftigen Kranken der Armenverbände müssen aufgenommen werden.

Die günstigen Wirkungen dieser Änderungen sind ohne weiteres ersichtlich.

1. Sie kommen den *Kranken* selbst zu statten.
2. Sie liegen im Interesse der *Landesanstalten.*
3. Sie gereichen auch den *Gemeinden* zum Vorteile.

1. Den *Kranken!* Diese werden endlich alle einer sachgemäßen Behandlung unterworfen und zwar rasch und dem Zustand ihres Leidens entsprechend. Sie können nunmehr sofort und zu *der* Zeit den neu-



zeitlichen Heilfaktoren entgegengeführt werden, wo eine Heilung oder Besserung überhaupt nur möglich ist, nämlich bei Beginn der Erkrankung. Was ist bisher in dieser Beziehung gesündigt worden! Die meisten Angehörigen der Kranken, ja sogar viele ihrer ärztlichen Berater, schickten sie erst, wenn sie „anstaltreif" geworden waren, d. h. wenn ihr Zustand durch sogenannte therapeutische Versuche verzettelt und verschlimmert, zur Chronizität behandelt worden war. Aus Scheu vor der Anstalt wurden die Kranken erst gebracht, wenn der Zwang hierzu die Fürsorgepflichtigen drängte. In Zukunft ist Gelegenheit zu sofortigen Aufnahmen. Sie muß freilich genutzt werden! Dabei fällt die mangelhafte Zwischenbehandlung in Siechen-, Bezirks- und kleinen Krankenanstalten mit unzureichenden Heilmitteln wenigstens für eine längere Dauer vollständig weg. Denn Aufnahmen wegen Platzmangels können von nun ab nicht mehr abgelehnt werden. Und gerade dieser Platzmangel und zwar dieser chronische Platzmangel war, abgesehen von der Scheu vor der Anstalt, an sich mit schuld an dem Zustand, daß die Kranken zu spät in geeignete Behandlung kamen. Er tat zur Abneigung gegen die Anstalt sein Übriges, bestärkte und vermehrte sie und hielt die frisch Erkrankten von der Aufnahme erst recht ab. So kam es, daß die Anstalten von lauter chronisch Kranken, von lauter unheilbaren und gefährlichen Elementen angefüllt waren. Diese verstopften die Abteilungen. Für die frisch Erkrankten war kein Raum. Diese waren auf die kleinen Betriebe der Gemeinden angewiesen, in ihre Zellen gedrängt. Dort waren sie nicht behandlungfähig. Es fehlte an dem nötigsten Heilapparat. Sie reagierten von ihren Erregungen usw. nicht ab, genasen nicht, wurden kränker und schließlich chronisch krank. Man züchtete also einfach chronisch Kranke.

Auch die Schwierigkeiten, die einer Einigung über den Begriff der Gefährlichkeit entgegenstanden, und die die rechtzeitigen Aufnahmen oft recht verschleppten, kommen nunmehr in Wegfall. Der Begriff „Gefährlichkeit", von der die Aufnahme Unheilbarer bisher abhängig gemacht worden war, war auf der einen Seite so dehnbar, auf der anderen konnte er so eng gefaßt werden, daß man schließlich mit ihm gar nichts mehr anfangen konnte. Dem krassesten Subjektivismus war Tür und Tor geöffnet. Das machte sich oft höchst unangenehm fühlbar. Die einen Gutachter glaubten, ein Kranker, selbst wenn er akut erkrankt und heilbar war, müsse erst erweislich gefährlich geworden sein, ehe ihn die Anstalt aufnimmt. Dies entsprach zwar nicht dem Sinn der regulativmäßigen Bestimmung, war aber gebräuchliche Ansicht im praktischen Leben. Andere Gutachter wieder unterschätzten den Grad der bestehenden Gefährlichkeit, gaben damit Anlaß zu Unglücksfällen, schufen Unsicherheiten im Publikum, das seinerseits wieder geneigt war, die Schuld hierfür den Anstalten zuzuschieben, die sich angeblich geweigert hatten, den Kranken aufzunehmen oder zu entlassen. Wieder andere beschränkten den Begriff nur auf solche Fälle, die nur gefährlich waren in bezug auf

Leben und Gesundheit Dritter oder der eignen. Andere wieder wollten und zwar nicht mit Unrecht eine Gefährlichkeit auch dann anerkannt wissen, wenn es sich um sexuelle Angriffe oder um Angriffe gegen Ehre und Sicherheit von Personen und Behörden handelte. Alle diese Schwankungen und Unsicherheiten in der Auffassung des Begriffs der „Gefährlichkeit" fallen nun in Zukunft weg und damit natürlich auch die Schwierigkeiten, die einer raschen und frühzeitigen Aufnahme der Kranken in die Anstalten entgegenstanden. Sie sind in Zukunft durch die Neuregelung endgültig beseitigt.

2. Aber auch für die Landesanstalten selbst wird die Reform von Vorteil sein. Besonders kommt hier in Betracht, daß endlich auch ungefährliche und harmlosere Kranke zur Aufnahme kommen können. Diese verdünnen die vorhandenen unruhigen, unsozialen Bestände der chronischen Kranken, sie regen den einen oder anderen unter ihnen zur Arbeit an, reißen ihn mit fort, mildern Sitten und Gebahren unter un- und halbruhigen Patienten. Sie stellen endlich die Arbeiter.

Die Zahl dieser arbeitenden Kranken war in den letzten Jahrzehnten allmählich immer kleiner geworden. Es fanden sich keine geeigneten Kräfte mehr unter den vorhandenen Beständen. Infolge der bestehenden regulativmäßigen Bestimmungen konnten auch keine solchen aufgenommen werden. Man hatte also die Einrichtungen, aber nicht die Kranken. Man hatte das System der kolonialen Irrenanstalt, aber keine Kolonisten. Man hatte Bautypen von Anstalten für Kranke, die nicht da waren und nach den gesetzlichen Vorschriften auch gar nicht aufgenommen werden durften. Darunter litten naturgemäß die bestehenden Meiereien. Deshalb gedieh die Anlage auch nicht in der gewünschten Weise. Die koloniale Hälfte der Heil- und Pfleganstalt machte nicht die vorausgesetzte und wünschenswerte Entwicklung mit. Es lag ein Fehler in der Organisation vor, ein Fehler, der sich immer und immer wieder fühlbar gemacht hat, und der aus der Zeit der ersten Reform Anfang der neunziger Jahre des vorigen Jahrhunderts stammt.

Dies ergibt sich aus folgender geschichtlichen Betrachtung:

Bekanntlich war die Anstalt Colditz nächst Hildesheim die erste größere Anstalt Deutschlands, die 1867 im großen die Kolonisierung der Geisteskranken ins Werk setzte. Es war damals von der königlichen Staatsregierung zu diesem Zweck die Meierei Zschadraß bei Colditz gegründet worden, aus der sich dann 1894 die jetzige selbständige und von ihrer Mutteranstalt Colditz nunmehr unabhängige koloniale Heil- und Pfleganstalt Zschadraß entwickelt hat.

Alle arbeitfähigen chronischen Kranken der damaligen Anstalt Colditz, die zu jener Zeit alle unheilbaren männlichen Kranken aus dem ganzen Lande aufnahm, wurden in dieser Meierei beschäftigt. Die Zahl der Kranken betrug schließlich etwa 300. Es kam zu einem großen Bestand guter Arbeiter. Die Meierei blühte und gedieh, gedieh auch in finanzieller Beziehung.



Dies wurde anders, als das System der kolonialen Heil- und Pfleganstalten im Sinne der Altscherbitzer Anlage allgemein im Königreich Sachsen als Bauart übernommen wurde. Dies erfolgte Anfang der neunziger Jahre des vorigen Jahrhunderts.

Mit der Übernahme dieses vollständig neuen Systems, das in seinem Wesen etwas grundsätzlich und vollkommen Verschiedenes gegenüber den bisherigen Bau- und Verpflegweisen darstellte, hätte sich nun auch grundsätzlich die Art der Irrenfürsorge und ihr Verhältnis zur Armenpflege ändern müssen. Das geschah aber nicht. Man übernahm einfach das neue System, das zwar für preußische Provinzialverhältnisse mit ihrer Armengesetzgebung paßte — nämlich für alle anstaltbedürftigen Geisteskranken Fürsorge zu treffen —, nicht aber für Sachsen, für das jene allgemeine Fürsorge noch nicht einheitlich geregelt war, sondern das die Fürsorge nur bedingt auf heilbare und unheilbar gefährliche Kranke erstreckte und diese beschränkte Form der Fürsorge auch weiterhin beibehielt. Während also für die preußischen Provinzen der Bau kolonialer Irrenanstalten infolge der bereits damals bestehenden Armengesetzgebung, die sich auf alle fürsorgebedürftigen Kranken erstreckte, gerechtfertigt und das einzig richtige war, blieben in Sachsen, das das System, ohne seine Armengesetzgebung zu ändern, einfach übernommen hatte, für seine kolonialen Heil- und Pfleganstalten die erstrebten Erfolge aus.

Hierzu gesellte sich noch ein zweiter Umstand, der die rechte Entwicklung der Meiereien beeinträchtigte.

Im System der kolonialen Anstalten waren nämlich außer der Anstalt Zschadraß (1894) auch noch andere Anstalten neu gebaut worden, nämlich Untergöltzsch und (1893) Großschweidnitz (1902). Diesen fehlten aber naturgemäß ebenfalls die landwirtschaftlichen Arbeiter. Trotzdem erhielten aber auch sie ihre landwirtschaftlichen Betriebe.

Natürlich mußte diesen nun geholfen werden, und so mußten denn aus Zschadraß und den bestehenden anderen und älteren Anstalten, die unterdes ebenfalls Meiereien erhalten hatten, z. B. Hubertusburg, Sonnenstein usw., für jene Anstalten alle die landwirtschaftlichen Arbeiter entnommen und in die neuen Anstalten versetzt werden, die in die Aufnahmebezirke dieser Anstalten gehörten. Damit reduzierte man aber für die alten Meiereien deren Bestände in so empfindlicher Weise, daß beiden Teilen nicht nur nicht geholfen wurde, sondern daß man die alten Meiereien in ihren Beständen und Betrieben direkt schädigte. Diesen waren zu viel und zum Teil die besten Arbeitkräfte entzogen worden, und jenen genügten die Übernommenen auch nicht.

Die jetzige Reform macht diese Unterlassung nun wieder gut, und man muß der königlichen Staatsregierung dankbar sein, daß sie im Interesse der eignen Anstalten nunmehr eingriff und die Änderung vornahm, zumal diese noch nach einer anderen Richtung hin eine günstige Wirkung ausüben dürfte.



Bisher sammelten sich, wie oben dargetan, in der nach dem kolonialen Typ erbauten Anstalt die unheilbar gefährlichen Kranken an. Über arbeitfähige, für ihre Meiereien geeignete Kranke verfügte die Anstalt nicht, oder wenigstens nicht in ausreichender Weise. Wo waren aber diese Kranken? Dieselben befanden sich in Gemeindepflege, waren in Armen-, Siechen-, kleinen Krankenhäusern, Bezirksanstalten. Dort hatten sie aber in den kleinen Verhältnissen keine ausreichende Arbeitgelegenheit, verkümmerten, bildeten eine fühlbare Last. Hier wurden sie vermißt, dort belästigten sie in hohem Grade. Auch dieser Mißstand wird von nun ab behoben. Von jetzt ab können ihre bisher mehr oder weniger brach gelegenen Kräfte allmählich ausgenutzt, sie können zu nützlichen Menschen herangebildet, ihre noch vorhandenen Spannkräfte dem Meiereibetrieb der Anstalt nutzbar gemacht werden.

Damit verbindet sich wiederum ein w e i t e r e r Vorteil. Man v e r b i l l i g t den Betrieb. Denn es ist klar, daß es sich mit einer größeren Zahl solcher Kranker trotz verminderter Arbeitkraft billiger arbeiten läßt, als wenn man freie und gesunde Arbeiter zu hohem Lohne anwerben muß, ganz abgesehen davon, daß es fraglich ist, ob man solche infolge der bestehenden Landflucht der Arbeiter überhaupt bekommt.

Mit der Neuregelung gewinnen also voraussichtlich sämtliche Anstalten des Landes. Sie erhalten in den ungefährlicheren Kranken, die nunmehr aufgenommen werden dürfen, nicht nur das notwendige Verdünnungsmaterial, sie erhalten besonders wieder Arbeiter für ihre landwirtschaftlichen Betriebe. Die letzteren werden damit wieder k o l o n i a l e Heil- und Pfleganstalten, also das, was sie von Haus aus sein sollten, nämlich Heil- und Verpflegstätten für solche Geisteskranke, deren Eigenart es zuläßt, daß sie landwirtschaftlich beschäftigt und ausgenützt werden können, für Kranke also, für die der Betrieb ursprünglich gerade gedacht und errichtet worden war.

Aber auch eine z w e i t e überaus wichtige Verpflegungsart läßt sich neben der k o l o n i a l e n Verpflegung nunmehr energisch in Angriff nehmen, das ist die F a m i l i e n p f l e g e d e r G e i s t e s k r a n k e n.

Bisher fehlte den Anstalten Sachsens für diese Verpflegungsform gleichfalls das geeignete Krankenmaterial. Dies lag wieder an der bisherigen Gesetzgebung, nach welcher die Fürsorge an Geisteskranken, wie erwähnt, eine geteilte war. Die staatlichen Landesanstalten nahmen nur die heilbaren und unheilbaren gefährlichen Geisteskranken — wie erwähnt, nicht im Sinne einer Verpflichtung —, die Gemeindeverwaltungen hatten dagegen für den Rest, die große Masse der Ungefährlichen, zu sorgen. Unter den letzteren befanden sich aber gerade diejenigen Kranken, die sich überhaupt nur für die Familienpflege eigneten. Es war daher den bisherigen Vorschriften gemäß den staatlichen Irrenanstalten Sachsens nicht möglich, sich die Familienpflege als Verpflegart für die Fürsorge von Geisteskranken, wenigstens in größerem Umfange, dienstbar zu machen

De lege lata war dies Sache der Gemeindeverwaltungen, beziehentlich der Ortsarmenverbände gewesen. Diese konnten sie aber aus begreiflichen Gründen nicht organisieren. Denn ihnen und ihren Beratern fehlten nicht nur alle Mittel der Organisation, sondern besonders auch jedes sachkundige Verständnis für die Durchführung dieser noch jungen und im Aufblühen begriffenen Verpflegform, die am besten nur von dem Zentrum einer bestehenden Heil- und Pfleganstalt aus organisiert und unterhalten wird.

Nach Einführung des neuen Irrengesetzes wird diese Verpflegart nunmehr großzügiger betrieben werden können.

Anfänge haben im Königreich Sachsen seit vorigem Jahre ja einige Landesanstalten schon gemacht. Zschadraß hat seit 1911 16 Kranke, Sonnenstein 9 Kranke in Familienpflege, zwar ein kleiner Anfang, der aber doch nun zum Weiterschaffen anregt und begründete Hoffnung aufkommen läßt, daß in Zukunft diese Verpflegart ausgebreitetere Anwendung bei den Anstalten finden wird.

Hierbei wird sich auch zeigen, daß außer der kolonialen Verpflegung auch die Familienpflege weiter verbilligend auf den Betrieb wirken wird. Denn in dem kurzen Zeitabschnitt, seit welchem Versuche mit der Einführung der Familienpflege hier in Zschadraß gemacht worden sind, hat sich gezeigt, daß allein hier rund 1500 Mark Unterhaltungskosten in einem viermonatlichen Zeitraum bei 16 Kranken erspart worden sind, abgesehen davon, daß für jeden Familienpflegling in der Anstalt ein Platz frei und anderweit verfügbar geworden ist. Würde z. B. die Familienpflege von Anfang bis Ende des ganzen Jahres 1911 in Zschadraß durchgeführt worden sein, so hätte sich folgendes ergeben:

Nehmen wir an, es seien 1911 12 Kranke dauernd in Familienpflege gewesen, so wären diese 4380 Tage verpflegt worden. Diese Verpflegung hätte in der Anstalt — den Tag zu 2,42 Mark berechnet — 10 599,60 Mark jährliche Kosten verursacht. Die gleiche Zahl Verpflegungstage in der Familienpflege, nach dem Durchschnitt vom Jahr 1911 auf 1,25 Mark berechnet, würden aber nur 5387,40 Mark gekostet haben. Dies ergibt eine Ersparnis von rund 5200 Mark im Jahr bei 12 Kranken.

Wird nun in Zukunft der Betrieb der Anstalt vergrößert, werden in Zukunft auch genügend Pfleglinge aufgenommen, die sich für diese Verpflegungsform eignen, was zu erwarten steht, so kann natürlich auch die Familienpflege erweitert werden, und damit steigern sich dann auch die Ersparnisse an den Unterhaltungskosten.

Also auch in finanzieller Beziehung bringt das neue Irrenfürsorgegesetz und die sich daran schließende Reform des Irrenwesens den Landesanstalten selbst anerkennenswerte Vorteile.

3. Aber auch für die Gemeinden wird die Reform segensreich wirken. In dieser Beziehung ist es ein überaus gesunder Gedanke



gewesen, die Lasten der ganzen Reform auf zwei grundsätzlich verschiedene Verwaltungstellen zu verteilen.

Die Reform unterscheidet zwischen der Verpflichtung zur Krankenfürsorge und der Verpflichtung zur armenrechtlichen Fürsorge. Unter ersterer versteht sie die tatsächliche Krankenversorgung, unter letzterer die Verteilung der Kosten zwischen Staat und Gemeinde, falls der Kranke oder seine Unterhaltpflichtigen sie nicht bezahlen können.

Diese Pflichten verteilt sie. Die Last der Krankenfürsorge, also die Last der tatsächlichen Krankenversorgung, übernimmt der Staat allein, die Lasten der armenrechtlichen Fürsorge übernimmt Staat und Gemeinde zusammen.

Die Reform halbiert also gleichsam. Sie teilt unter Berücksichtigung der bisher in Geltung gewesenen armenrechtlichen Gesetzgebung, indem sie die letztere an sich unverändert beibehält und nur im Hinblick auf den veränderten Zeit- und Geldwert einer Umänderung unterzieht, ein überaus wichtiger Umstand, da nur auf diesem Wege ermöglicht wurde, daß die Reform der Kostenfrage wegen nicht scheiterte.

Und hierin liegt die Lösung der zweiten grundsätzlich wichtigen Forderung, die an die Neuregelung zu stellen war, und die eine überaus glückliche zu nennen ist, nämlich die Forderung einer richtigen Verteilung und Begrenzung des Pflichtenkreises zwischen Staat und Gemeinde.

Die Armenlasten für die Fürsorge zu tragen, bleibt wie bisher den Gemeinden, den Bürgermeistern und Gemeindevorständen überlassen, die auf Grund ihrer gesetzlichen Fürsorgepflicht für die Unterbringung zu sorgen hatten. Diese selbst aber übernimmt für sämtliche Kranke der Staat.

Daß dabei die Beitragsanteile der Gemeinden erhöht werden mußten, war freilich nicht zu umgehen, entsprach aber vollkommen den veränderten Zeitverhältnissen und Geldwerten. Ein Verpflegbeitrag der Gemeinden in Höhe von 50 Pfennig pro Kopf und Tag, wie er bisher in Gültigkeit war, entsprach Verhältnissen der Vorzeit, nicht aber den Zeitwerten der Gegenwart. Eine Erhöhung auf 1,25 Mark pro Kopf und Tag entsprach also nur den einfachsten Forderungen der Gerechtigkeit und Billigkeit, übrigens auch den gesetzlichen Bestimmungen, die festsetzten, daß der Beitrag der Gemeinden der Hälfte des üblichen Unterhaltungsaufwandes eines Kranken zu entsprechen habe. Dieser Gesamtaufwand betrug aber schon seit langem rund 2,50 Mark und nicht mehr 1 Mark pro Kopf und Tag.

Die mit der Einführung des Gesetzes notwendig gewordene Erhöhung der Verpflegbeiträge war nun freilich für die Gemeinden zunächst eine Härte, die sich aus der Reform ergab. Sie wurde

aber ausgeglichen durch zwei weitere Maßnahmen von grundsätzlicher Wichtigkeit, deren Kenntnis nicht ohne Interesse sein dürfte. Die Reform erhöhte wohl den Verpflegsatz für die Gemeinden, hob aber dafür alle Unterschiede auf, die in bezug auf Aufnahme und Unterbringung die einzelnen Gemeinden trafen. Der Staat, der bisher nur einem Teil der Kranken Fürsorge gewährte und zwar in der Hauptsache nur denen, die die kleineren und mittelgroßen Gemeinwesen unterzubringen hatten, nimmt nunmehr auch die Kranken der großen Städte auf. Diese waren bisher von der Aufnahme so gut wie ausgeschlossen. Dies wirkte aber ungerecht, besonders auch im Hinblick auf die Steuerkraft der letzteren, die naturgemäß wesentlich größer war als die der kleinen Gemeinden. Jene stellten dem Lande den größten Betrag an Einkommensteuern, von denen die Landesanstalten in der Hauptsache ja unterhalten wurden, und hatten trotzdem keinen entsprechenden Anteil an den Vorteilen der Anstalten, die zunächst die Not der kleinen Gemeinden lindern sollten. Diese Härte wird nunmehr beseitigt.

Die Reform mildert aber weiterhin den erwähnten Nachteil, der durch die Erhöhung der Beiträge entsteht, noch dadurch, daß sie, nachdem das Gesetz in Kraft getreten sein wird, eine sehr geschickte Änderung des Beitragsverfahrens der Gemeinden plant.

Die Beschaffung dieser Beitragslasten lag bisher jeder einzelnen Gemeinde, beziehentlich jedem einzelnen Ortsarmenverband für alle seine Kranken ganz allein ob. Dies schuf große Ungleichheiten. In Zukunft werden sie nun auf breitere Schultern gelegt und zwar auf die der größeren Bezirksverbände. Dieses Verfahren mildert die Beitragshärten überaus. Ein einziger oft armer Ortsarmenverband hatte bisher manchmal für 2—3 Kranke die Fürsorgelasten aufzubringen, ein anderer, reicherer oft aber gar keine. Denn er hatte keinen Geisteskranken in seiner Gemeinde, für den er unterhaltpflichtig war. Nach Inkrafttreten des Gesetzes ändert sich dies. Die Lasten werden auf den größeren Bezirksverband übernommen und werden damit gerechter und weniger fühlbar verteilt. Diese neue Regelung mildert also den Zwang, erhöhte Beträge zu fordern, ganz wesentlich, beziehentlich hebt die bisher bestehenden Härten ganz auf.

Die allgemeinen Betrachtungen über das neue Irrenfürsorgegesetz ergeben also ganz helle Lichtseiten und schwächen die Schatten, die dasselbe zugleich wirft, in überaus angenehmer Weise ab.



Das Irrenfürsorgegesetz hat bewirkt, daß

I. die gesamte Irrenpflege Sachsens zentralisiert worden ist,

II. daß die Lasten, die es verursacht, verteilt werden und zwar so, daß

1. die tatsächliche Krankenversorgung an den ortsarmen Geisteskranken der Staat allein übernimmt, daß

2. die armenrechtliche Fürsorge auf Staat und Gemeinde, den bisherigen gesetzlichen Bestimmungen gemäß, verteilt bleibt, aber so verteilt wird, daß

III. der Lastenanteil, dessen Bestreitung den Gemeinden obliegt, auf den leistungfähigeren und größeren Bezirksverband übernommen wird, wodurch seine Erhebung minder empfindbar wird.

IV.

Zu den einzelnen Paragraphen des Gesetzes ist folgendes zu bemerken:

Nach dem § 1 des Gesetzes sollen nur Erwachsene in den Landesanstalten Aufnahme finden. Dies erscheint zweckmäßig, da Kinder nicht eigentlich in den Rahmen der Heil- und Pflegeanstalten passen, soweit sie im schulpflichtigen Alter stehen. Das ganze Milieu in den verschiedensten Abteilungen einer modernen Irrenanstalt würde eher schädigend wie heilend auf kindliche Gemüter einwirken. Es erschien daher zweckmäßig, sie auszuschließen und für den Fall, daß sich Aufnahmen häufen sollten, sie in einer bestimmten, dazu eingerichteten Anstalt zu sammeln und zu verpflegen. In Aussicht genommen ist vorläufig, jedoch noch nicht endgültig, die Anstalt Großhennersdorf, die eigentlich für Idioten bestimmt ist. Ob sich freilich diese Anstalt, die zur Aufnahme für bildungunfähige tief verblödete Kinder (Idioten) bestimmt ist, nebenbei auch für geisteskranke Kinder, d. h. für Kinder, die an funktionellen Psychosen leiden — bildungfähige Schwachsinnige sind in Chemnitz-Altendorf mit den Blinden zusammen untergebracht —, eignet, muß bezweifelt werden, selbst

wenn man sie räumlich von jenen trennt. Auch die exzentrische Lage der Anstalt im äußersten Winkel Sachsens spricht aus praktischen Gründen dagegen. Viel eher würde sich hierzu die Krankenabteilung einer Erziehungsanstalt, etwa Altendorf, eignen, wo die geisteskranken Kinder in einem besonderen Krankenpavillon abgetrennt und dem idiotischen Milieu Großhennersdorfs entzogen sind, zugleich aber dem Schulunterricht übergeben werden können, soweit dies ihr Zustand zuläßt.

Eine weitere Beschränkung enthält der § 1 den Epileptikern gegenüber. Zur Aufnahme zugelassen sind nur die gewalttätigen epileptischen Irren, die einfachen Epilepsiekranken, diejenigen also, die an der einfachen Neurose leiden, nicht. Dies ist grundsätzlich richtig. Denn diese Kranken kann man nicht zu den Geisteskranken im Sinne dieses Gesetzes rechnen. Dann gehören sie aber auch nicht in die Heil- und Pfleganstalten, die nur Geisteskranken Fürsorge gewähren sollen. Inwieweit freilich der einzelne Fall auszuschließen ist, ist noch zu erörtern (siehe unten unter Ausführungen über § 2).

Eine weitere Beschränkung zur Aufnahme in die Landesanstalten erstreckt das Gesetz auf die Selbstzahler. Das Gesetz verpflichtet den Staat nur zur Aufnahme von Kranken, die von Gemeinden oder Ortsarmenverbänden unterzubringen sind. Für selbstzahlende Kranke übernimmt der Staat also keine Verpflichtung. Trotzdem werden aber solche wie bisher aufgenommen werden, und die Regierung wird, wie dem Deputationsberichte zu entnehmen ist, solchen Gesuchen eine wohlwollende Behandlung zuteil werden lassen, freilich nur insoweit der Platz reicht.

Eine wichtige Angelegenheit behandelt der § 2 des Gesetzes.

Hier werden gewisse weitere Voraussetzungen geregelt, unter welchen ein Kranker im Sinne von § 1 aufgenommen wird. Die erste Vorbedingung ist ein ärztliches Gutachten.

Im Vorentwurf war die Aufnahme von dem Urteil des Bezirksarztes abhängig gemacht. Die Aufnahme sollte erfolgen, wenn der Kranke nach dem Gutachten des Bezirksarztes anstaltbedürftig war.

Dies hatte Bedenken in mehrfacher Beziehung. Zunächst erschien es bedenklich, daß nur der Bezirksarzt befugt sei, das Zeugnis zur Aufnahme auszustellen. Durch diese Maßregel würden die Aufnahmen



und Zuführungen nur erschwert und verzögert worden sein. Es widersprach auch den bisherigen Gepflogenheiten und Bestimmungen, nach welchen zur Ausstellung der ärztlichen Formulargutachten auch die praktischen Ärzte zugelassen waren, von denen ja schon lange der Besuch der psychiatrischen Kliniken während der Studienzeit und die Ablegung einer Prüfung in Psychiatrie verlangt wurde, und die daher jetzt meist genau so gut mit den Hauptkrankheitbildern geistiger Störungen vertraut sind wie die Bezirksärzte. Macht man daher zur Ausstellung der Zeugnisse auch die praktischen Ärzte zuständig, so wird das ganze Aufnahmeverfahren wesentlich erleichtert, und die Zuführungen besonders frisch Erkrankter werden rascher vor sich gehen. Der praktische Arzt ist sofort zur Stelle, muß nicht erst aus oft weiter Entfernung herbeigeholt werden wie der Bezirksarzt. Er kennt meist den Kranken und dessen Familie seit langer Zeit, hat ersteren gewöhnlich schon selbst länger beobachtet und hat deshalb ein meist besseres Urteil als der dem Fall fremder gegenüberstehende Bezirksarzt, der entweder prima vista urteilen oder erst mehrere Besuche machen muß.

Dieser letztere Umstand erschien auch nach der finanziellen Seite hin beachtlich. Denn durch die wiederholten, meist aus größerer Entfernung unternommenen Reisen des Bezirksarztes wird das Aufnahmeverfahren natürlich ganz wesentlich verteuert. Außerdem ist auch der praktische Arzt gewöhnlich der Armenarzt.

Genügt in dem einen oder anderem Fall das Zeugnis des praktischen Arztes nicht, läßt es Zweifel an seiner Zuverlässigkeit zu, ist der Fall unzulänglich geschildert, so kann außer diesem noch ein solches vom beamteten Arzt herbeigezogen werden. In der Regel wird das Formulargutachten des praktischen Arztes aber genügen.

Sodann erforderte der Vorentwurf: „Die Anstalten sollten den Kranken d a n n aufnehmen, wenn er nach dem Urteile des B e z i r k s - a r z t e s der Behandlung oder Pflege in einer Irrenanstalt b e d ü r f e". Auch dies war nicht angängig.

Über die Zulässigkeit einer Aufnahme zu entscheiden, mußte unbedingt der A n s t a l t s d i r e k t i o n vorbehalten bleiben, nicht nur aus verwaltungstechnischen Gründen (Frage nach der Eignung des Kranken für die betreffende Heil- und Pfleg- oder Sonderanstalt für Epileptiker, Schwachsinnige, Idioten, bescholtene und vorbestrafte Kranke beziehentlich kranke Verbrecher usw. siehe Abschnitt V), sondern besonders aus r e c h t l i c h e n. Denn nur die A n s t a l t s d i r e k t i o n e n allein können verantwortlich gemacht werden für die G e s e t z l i c h k e i t der Aufnahmen und der Beibehaltung der Kranken in zivil- und strafrechtlicher Beziehung. Sie können in dieser Verantwortlichkeit nicht und durch niemand, also auch nicht durch den beamteten Bezirksarzt beschränkt werden. Das ist ohne weiteres verständlich. Wenn der Bezirksarzt die Befugnis hat, auf Grund seines Urteils über den Begriff „Anstalts-



bedürftigkeit" die Aufnahme eines Kranken in die Anstalt zu beschließen, so hätte sich ja die Anstaltsdirektion diesem Beschlusse ohne weiteres fügen müssen. Dies war unmöglich. Denn man kann eine Anstaltsdirektion nicht verantwortlich machen für Verfügungen, die sie nicht getroffen hat. Was könnte dieses Verfahren für Folgen haben? Man denke nur an die große Zahl zweifelhafter Grenzzustände, an die Unzuträglichkeiten, Ärgernisse und gegebenenfalls persönliche Haftung des Anstaltsdirektors, wenn er einen Menschen aufnimmt oder beibehält, der nicht geisteskrank ist. Das Interesse des Kranken erfordert hier unbedingt eine einwandfreie Feststellung der Geisteskrankheit, und nur nach dieser kann ein Anstaltsdirektor die Aufnahme oder Beibehaltung gutheißen. In seinem Urteil muß er dann aber frei sein. Er kann seine Entschließung nicht an das Urteil eines Dritten gebunden erachten lassen, sondern muß nach eignem pflichtmäßigen Ermessen urteilen und lediglich nach seinem Urteil die Aufnahme genehmigen oder ablehnen können. Die Aufnahme ist ein Amtsakt des verantwortlichen Anstaltleiters, keines anderen.

Die Formel mußte also lauten:

„Über die Aufnahme entscheidet die Anstaltsdirektion" auf Grund eines ärztlichen oder bezirksärztlichen Gutachtens.

Nach den bisherigen Betrachtungen kann also nur die Anstaltsdirektion nach freier Würdigung des Falles die Aufnahme eines Kranken genehmigen oder ablehnen. Dasselbe gilt von der Beibehaltung oder Entlassung eines solchen auf Antrag von dritter Seite.

Lehnt die Anstaltsdirektion ab, was geschieht dann?

Dann kann nach dem Gesetz gegen den ablehnenden Beschluß Beschwerde eingelegt werden und zwar bei der zuständigen Kreishauptmannschaft, die endgültig entscheidet.

Es entsteht die Frage: Ist dieser Weg richtig? Und wenn, ist das Beschreiten dieses Weges ausreichend? Führt er zum Ziele?

Die Frage kann nicht unbedingt bejaht werden. Ihre Beantwortung ist von bestimmten Voraussetzungen abhängig.

Zunächst ist klar, daß das vom Gesetz angeordnete gerichtliche Verfahren ein Verwaltungsstreitverfahren darstellt.

Liegen die Gründe, die zur Beschwerde Anlaß gegeben haben, auf polizeilichem, armenrechtlichem oder verwaltungstechnischem Gebiete, so ist der einzuschlagende Weg zulässig und zweifellos der richtige.



Wie gestalten sich aber die Verhältnisse, wenn die Ablehnungsgründe auf psychiatrischem, also medizinischem Gebiete liegen, wenn die Notwendigkeit an die Anstaltsdirektion herantritt, die Aufnahme abzulehnen wegen Vorliegens zweifelhafter Geisteszustände etwa in Grenzfällen oder aus anderen ärztlichen Gründen? Soll auch in diesen Fällen über die Beschwerde die höhere Verwaltungsstelle befinden?

Wie aus dem Deputationsberichte hervorgeht, rief diese Frage eine längere Aussprache hervor. Die Deputation kam dabei zu dem Resultat, daß die Zulassung der Beschwerde an die Kreishauptmannschaft genüge, und daß für den Schutz der persönlichen Freiheit die Zivilprozeßordnung in Verbindung mit dem Bürgerlichen Gesetzbuch schon jetzt ausreichende Handhaben biete. Selbst wenn man aber der Meinung sein sollte, daß diese nicht ausreichten, so müsse man doch zu dem Schluß kommen, daß das vorliegende Gesetz nicht die geeignete Stelle sei, um eine so tiefeinschneidende Frage zu regeln.

Damit wird anerkannt, daß eine gesetzliche Regelung der Angelegenheit erwünscht erschien. Man trug nur Bedenken, dies im Gesetz zu tun. Die Erfüllung der Forderung etwa auf dem Verordnungswege dürfte aber notwendig werden. Hierfür sprechen folgende Überlegungen:

In welchen Fällen, fragt man, wird denn der Beschwerdeweg hauptsächlich betreten werden? Unter welchen Umständen werden bei dem Aufnahmeverfahren, beziehentlich in Fällen der Beibehaltung oder Entlassung eines Kranken Verschiedenheiten in der Beurteilung eintreten?

Dies kann erfolgen:

1. in allen polizeilichen, armenrechtlichen, verwaltungstechnischen Fragen,

2. bei abweichender Auffassung des Begriffs „Geisteskrankheit“, des Begriffs „gewalttätiger epileptischer Irrer“, des Begriffs „der Behandlung und Pflege in einer Landesanstalt bedürftig“.

Bei Beantwortung dieser Fragen ist zugleich zu erörtern: „Sind dies Streitfragen, die vor das Forum einer Verwaltungsbehörde gehören?

1. Was die Beschwerden über reine Verwaltungsangelegenheiten in formaler und materieller Hinsicht an-

belangt (Zuständigkeit der Armenverbände, Angelegenheiten über den Unterstützungswohnsitz, die Staatsangehörigkeit, über Zahlungsverbindlichkeiten und das ganze Kostenwesen, Zuständigkeit in Polizeiangelegenheiten usw. usw.), so bedarf die administrative Behandlung derselben im Instanzen- bzw. Beschwerdewege an dieser Stelle keiner Erörterung. Es ist selbstverständlich, daß diese Stoffe auf dem Verwaltungswege zum Austrag kommen müssen, und es ist ebenfalls selbstverständlich, daß die Kreishauptmannschaft als obere Verwaltungstelle die endgültige Entscheidung zu treffen hat.

2. Anders steht es mit denjenigen Beschwerdepunkten, die das medizinische Gebiet streifen oder betreffen.

A. Was zunächst den Begriff „Geisteskrankheit" anbelangt, so ist dieser einer absolut sicheren Umgrenzung nicht zugängig. Er kann enger gefaßt werden und weiter. Es kann also die Streitfrage entstehen: Erstreckt sich — unter Voraussetzung gleichzeitig bestehender Anstaltbedürftigkeit — die Fürsorge nur auf Geisteskranke im engeren Sinne oder rechnet man auch Kranke dazu, die psychotische Symptome in mehr oder weniger großer Zahl aufweisen, die man aber trotzdem oder wenigstens nicht immer zu den Geisteskranken im engeren Sinne zählt?

Inwieweit erstreckt sich die Pflicht des Staates zur Krankenfürsorge z. B. auf die sogenannten geistig „Siechen"? Ein großer Teil dieser Kranken zeigt zweifellos geistige Krankheitsymptome, und man könnte sie aus dem Grunde zu den „Geisteskranken" rechnen. Man denke an das Gros der Apoplektiker, der Tabo-Paralytiker, der Kranken mit Gehirntumoren, auch an die, die den Übergang zum „Nervösen" bilden und sich nicht ohne weiteres unter die Formel „geisteskrank" im engeren Sinne rubrizieren lassen. Eine Entscheidung darüber, ob dieser oder jener von diesen Kranken bedürftig sei, durchaus in einer Irrenanstalt verpflegt zu werden, dürfte in praxi doch gelegentlich auf Schwierigkeiten stoßen.

B. Das gleiche gilt bei der Begrenzung des Begriffs „gewalttätiger epileptischer Irrer". Umgrenzt wird der Begriff im Gesetz durch die Eigenschaftswörter „gewalttätig" und „irr". Ob die Begrenzung in dieser Form eine befriedigende sein wird, muß die Erfahrung lehren. Geisteskranke Epileptiker gehören auf alle Fälle mit zu den Fürsorgebedürftigen im Sinne des Gesetzes. Daß



dasselbe die Fürsorge aber nur auf solche geisteskranke Epileptiker ausdehnt, die gewalttätig sind, erscheint zu eng. Es gibt geisteskranke Epileptiker, die nicht gewalttätig sind und doch der kranken- oder armenrechtlichen Fürsorge bedürfen. Diese auszuschließen, schafft Ungleichheiten. Es hätten demnach alle Epileptiker, die „irr" also geisteskrank sind, unbeschränkt der Fürsorge im Sinne des Gesetzes unterstehen sollen, gleichgültig, ob sie gewalttätig sind oder nicht.

Der Begriff „gewalttätig" ist außerdem unbestimmbar, dehnbar, begrifflich verschieden deutbar. Er wird infolgedessen zu ähnlichen Schwierigkeiten führen, wie früher der Begriff „der Gefährlichkeit". Auch aus diesem Grunde hätte er besser wegbleiben sollen.

C. Eine weitere Schwierigkeit für eine klare Abgrenzung des Begriffs „Anstaltbedürftigkeit" bietet ferner die Gruppe der Alkoholisten. Die Beurteilung, ob sie als Geisteskranke im engeren Sinne zu bezeichnen sind und der Pflege beziehentlich der Behandlung durchaus in einer Irrenanstalt bedürfen, ist überaus strittig. Bei der Entscheidung hierüber wird gleichfalls von dem Einzelfall ausgegangen werden müssen. Es werden sich allgemein gültige Regeln kaum aufstellen lassen. Kranke mit akuten Rauschzuständen kann man ja auch unter die Geisteskranken im medizinischen Sinne rechnen. Aber wie schon das Bürgerliche Gesetzbuch sie unter eine Ausnahme stellt, so wird dies auch in verwaltungsrechtlichem Sinne erfolgen müssen.

Viele von diesen Kranken werden auch gar nicht erst anstaltbedürftig werden, sondern werden bei sofortiger Abstinenz an Ort und Stelle der Erkrankung sehr rasch zur Genesung kommen. Sie erst deshalb in die Landesanstalt zu bringen, weil man Berauschte, Delirium tremens - Kranke usw. zugleich als Geisteskranke auffassen kann, wird auch nicht im Interesse dieser Kranken liegen. Oft wird der Transport auch gar nicht durchführbar sein.

Aber auch bei chronischen Trinkern dürfte diese Notwendigkeit, sie als Kurobjekte für Heil- und Pfleganstalten aufzufassen, nicht genügend begründet sein. Von diesen gehört ein großer Teil in die spezifischen Trinkerasyle und Trinkeranstalten. In die Irrenanstalten gehören sie nur, wenn der Charakter der Geisteskrankheit so in den Vordergrund tritt, daß das ätiologische Moment, der Alkohol,



dabei fast verschwindet. Ist aber letzterer und seine akute Wirkung bei der Beurteilung das vorherrschende und bestimmende Moment so gehört der Kranke in die Trinker- Heil- und Pfleganstalt.

Freilich besteht eine solche unter staatlicher Leitung in Sachsen leider noch nicht. Dies war bei den bisher geltenden Verwaltungsgrundsätzen auch nicht nötig. Denn die akuten Alkoholkranken wanderten in die lokalen Krankenanstalten, wo sie bei Abstinenz bald wieder zur Entlassung kamen.

Wenn nun in Zukunft aber alle Geisteskranken vom Staate übernommen werden, so werden sich unter diesen natürlich auch mehr geisteskranke Alkoholiker befinden. Diese aber in den allgemeinen Heil- und Pfleganstalten zu behandeln hat große Bedenken, und es dürfte sich deshalb viel mehr empfehlen, sie wie die geisteskranken Epileptiker von den anderen Geisteskranken zu trennen und zu sammeln und in einer besonderen staatlichen Trinkeranstalt zu verpflegen. Dies ist an sich praktischer. Eine derartige Trennung erleichtert besonders auch den ganzen Anstaltsbetrieb.

Nun ist freilich gegenwärtig noch nicht die Zeit gekommen, eine staatliche Trinkeranstalt zu erhalten, obgleich die Zahl der Kranken hierzu ausreichte und die Notwendigkeit zum Bau einer solchen längst vorhanden ist. Es ist aber andererseits auch sicher, daß diese Kranken in den allgemeinen Heil- und Pfleganstalten besser nicht untergebracht werden. Hier stören sie ganz ungeheuer, drängen anhaltend fort, wenn die Abstinenzwirkung eingetreten ist. Sie querulieren, widersetzen sich der gebräuchlichen Arbeitstherapie, hetzen usw. Ferner möchte ihretwegen eine ganze Heil- und Pfleganstalt abstinent gehalten werden, was nach der Überzeugung des Verfassers nicht nötig ist, wenn Alkoholiker nicht oder nur zum kleinen Teil zur Klientel der Anstalt gehören.

D. Wie steht es ferner mit den sogenannten Grenzfällen, wo es sich nicht um Geisteskrankheit im engeren oder weiteren Sinne handelt, sondern bei denen die Diagnose „Geisteskrankheit" überhaupt angezweifelt wird?

E. Wie steht es endlich bei Differenzen in der Handhabung des Aufnahmeverfahrens selbst, soweit hierbei medizinische Fragen zur Entscheidung stehen?



Gerade über diesen Punkt war in der Deputation — und es geschieht dies auch nicht ganz mit Unrecht anderwärts — es als ein Mangel bezeichnet worden, daß das Aufnahmeverfahren zu umständlich und langwierig sei, daß oft Tage vergehen, ehe die Aufnahme sich erreichen lasse. Das sei sowohl für den Kranken wie für die beantragende Gemeinde von Nachteil. Besonders dann, wenn es sich um die Unterbringung von unruhigen Kranken handele, könnten den Gemeinden große Schwierigkeiten entstehen. Es müsse deshalb genügen, wenn die Beibringung des ärztlichen Gutachtens gleichzeitig mit der Einlieferung des Kranken in die Anstalt erfolge; auch sei die Anstalt zu verpflichten, den Kranken ohne vorherige umständliche Antragstellung aufzunehmen. Dem Interesse des Aufzunehmenden an einem genügenden Schutze gegen unrechtmäßige Internierung und auch dem der Anstalt könne dadurch Rechnung getragen werden, daß man die sofortige Vornahme einer Untersuchung nach der Einlieferung durch den Anstaltsarzt vorschreibe und davon die endgültige Entscheidung der Anstaltsdirektion abhängig mache, ob der Kranke in der Anstalt zu verbleiben habe oder nicht.

Dieser Wunsch erscheint zwar an sich ganz beachtlich, seine gesetzliche Regelung in der vorgeschlagenen Form hätte aber doch schwere Bedenken gehabt. Ja wenn sich eine endgültige Entscheidung, ob krank oder nicht, nur in so kurzer Zeit immer treffen ließe! Welche Schwierigkeiten machen und welche Beobachtungsdauer erfordern aber oft zweifelhafte Geisteszustände!

Aber selbst wenn es möglich wäre, jede Psychose so rasch festzustellen, wie z. B. einen Beinbruch, so hat doch die Ablehnung eines in die Anstalt zwangweise verbrachten Menschen, selbst wenn er sofort als gesund befunden und alsbald wieder entlassen worden wäre, unterdes ein so ungeheueres Aufsehen erregt und solche Weiterungen gemacht, auch Beschwerden und sonstige rechtliche Folgen gezeitigt, daß ein derartiges Aufnahmeverfahren aus den angeführten Gründen nicht zulässig erscheint.

Die Staatsregierung hatte deshalb einen darauf bezüglichen Antrag auch abgelehnt und daran erinnert, daß nur bei einwandfreier Feststellung der Geisteskrankheit die Internierung erfolgen könne.



Also erst, wenn die Geisteskrankheit festgestellt ist, darf die Aufnahme erfolgen.

Wie soll aber diese Feststellung gewonnen werden?

An gesetzlichen Mitteln stehen zur Verfügung 1. der § 656 der Zivilprozeßordnung: Mit Zustimmung des Antragstellers kann das Gericht anordnen, daß der zu Entmündigende auf die Dauer von höchstens 6 Wochen in eine Heilanstalt gebracht werde, wenn dies nach ärztlichem Gutachten zur Feststellung des Geisteszustandes geboten erscheint und ohne Nachteil für den Gesundheitzustand des zu Entmündigenden ausführbar ist. Vor der Entscheidung sind die im § 646 bezeichneten Personen soweit tunlich zu hören.

2. Der § 6 des Bürgerlichen Gesetzbuches: Entmündigt kann werden, wer infolge von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag.

3. Die auf das Entmündigungsverfahren bezüglichen weiteren Bestimmungen der Zivilprozeßordnung.

4. Der § 1 der Verordnung „die Zuständigkeit in Angelegenheiten der öffentlichen Irrenfürsorge betreffend“ vom 23. August 1874 (siehe sub I. unter 3.).

5. Der § 37 der allgemeinen Armenordnung vom 22. Oktober 1840 (siehe sub I. unter 4.).

6. Die allgemeine Polizeiordnung (siehe sub I. unter 2.).

7. bestimmt das Irrenfürsorgegesetz selbst: „Über die Beschwerde befindet die Kreishauptmannschaft“. Inwieweit aber und in bezug auf welche weiteren Zweifelspunkte, ist nicht normiert.

Es entsteht nun die Frage: Genügen diese Bestimmungen beziehentlich sind sie geeignet für ein Verwaltungsstreitverfahren, wie es das Gesetz vorschreibt?

Hierzu ist folgendes vom ärztlichen Standpunkte aus zu erwähnen: Diese Vorschriften beziehen sich, soweit das Bürgerliche Gesetzbuch und die Zivilprozeßordnung in Frage kommen, auf das Entmündigungsverfahren. Bei einem solchen wird nun zwar die Frage, ob geisteskrank oder nicht, auch verhandelt, und es wird schließlich einwandfrei festgestellt, ob eine Geisteskrankheit vorliegt oder nicht. Dies geschieht aber lediglich zu dem Zweck, um festzustellen, ob jemand geschäftsfähig ist, ob jemand vermöge seiner derzeitigen Geistesbeschaffenheit imstande ist, seine Angelegenheiten zu besorgen, kurz, ob der Betreffende zu entmündigen ist oder nicht. Das ganze Verfahren mit seinen Bestimmungen ist also lediglich auf den gerichtlichen Akt einer Entmündigung zugeschnitten.

Ist dieses gleiche Verfahren aber auch im Sinne des Irrenfürsorgegesetzes brauchbar, um Streitfragen zu be-



seitigen, die das Aufnahmeverfahren in die Landesanstalten beziehentlich eine zwangweise Zurückbehaltung der Kranken in denselben mit sich bringt? Ist dieses gleiche Verfahren geeignet, um Differenzen in der Auffassung von „Geisteskrankheit", „gewalttätiger epileptischer Irrer", ja in der Auffassung vom Begriff der „Anstaltbedürftigkeit" zu schlichten? Nach Auffassung des Verfassers ist dies unzulässig. Die Frage z. B. nach der Anstaltbedürftigkeit hat mit dem Entmündigungsverfahren nichts zu tun.

Auch aus prozessualen Gründen ist es bedenklich, beide Verfahren miteinander zu verquicken.

Geradezu gefährlich dürfte es aber wirken, wenn das Verfahren Anwendung finden sollte bei Zweifeln über Geisteskrankheit im engeren oder weiteren Sinne bei Kranken, die noch nicht aufgenommen sind, aber aufgenommen werden sollen. Sollen sich diese gleichsam erst gerichtlich bescheinigen lassen, daß sie geisteskrank im engeren Sinne sind, daß sie gewalttätig im Sinne des Fürsorgegesetzes sind? Soll ein Kranker zum Zweck seiner Aufnahme, also zu rein verwaltungstechnischen Zwecken erst ein Urteil von einem Zivilgericht herbeiziehen und sich diesem auch noch unterwerfen, wenn dasselbe das Bestehen einer Geisteskrankheit im engeren Sinne ausspricht?

Das erscheint doch überaus bedenklich. Die Scheu vor der Anstalt, ja auch die Scheu vor den Gerichten, die diese Entscheidungen herbeiführen müssen, würde ganz unabsehbar werden.

Und wie sollen sich die Instanzen einigen?

Das Entmündigungsverfahren als zivilrechtlicher Akt spielt sich vor den Zivilgerichten ab. Über die Beschwerde, über die das Verfahren Aufklärung schaffen soll, hat aber die Kreishauptmannschaft zu befinden. Soll diese, um eine Entscheidung treffen zu können, erst den Spruch des Zivilgerichts herbeiziehen? Soll lediglich aus diesem Grunde und zu diesem Zweck erst das ganze Entmündigungsverfahren betrieben und auch durchgeführt werden? Soll dann der Kranke auch sogleich jedesmal entmündigt werden? Nicht etwa, damit seine Geschäftsfähigkeit geprüft, sondern damit dabei festgestellt werde, ob er überhaupt krank ist oder nicht. Dies erscheint doch bedenklich.

Zu welchen Weiterungen führte ein solches Verfahren? Wie umständlich ist es? Wie lange soll eine Entscheidung über eine beantragte Aufnahme auf sich warten lassen?

Es erscheint also nach alledem nicht angängig, die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches und der Zivilprozeßordnung auf das Aufnahme-



verfahren anzuwenden. Das Verfahren, das in Entmündigungssachen richtig und durch die Erfahrung erprobt ist, das aber einen ganz anderen spezifischen Zweck hat, kann dem Aufnahmeverfahren im Sinne des Irrenfürsorgegesetzes nicht dienstbar gemacht werden. Es ist besser, beide werden nicht mit einander verquickt. Es ist dies aber auch nicht nötig. Aus der etwas verwickelten Lage kommt man heraus, wenn man unterscheidet:

1. Beschwerden in reinen Verwaltungssachen,
2. Beschwerden in medizinischen Streitfragen

und von letzteren die über Grenzfälle ausnimmt und gesondert behandelt.

Für diese letzteren (Grenzfälle) bilden lediglich die Zivilprozeßordnung und das Bürgerliche Gesetzbuch die maßgebende Unterlage, für Beschwerden aber unter 1 und 2 kann das Verwaltungsstreitverfahren herangezogen werden, freilich nur unter Berücksichtigung noch einiger grundsätzlicher Voraussetzungen.

Für die Grenzfälle also sind die Vorschriften des § 656 der Zivilprozeßordnung bestimmend. Sinngemäß kann man in entsprechenden Fällen den § 81 der Strafprozeßordnung sowie den § 217 der Militärstrafgerichtsordnung anwenden, die ja in gleichem Sinne zweifelhafte Geisteszustände behandeln.

In diesen Fällen ist die Anwendung des § 656 der Zivilprozeßordnung also am Platze. Denn in diesen Fällen muß und kann nur eine und zwar zivilrichterliche Entscheidung im Sinne von § 656 zum Ziele führen. Die Beschwerde ist dann an das zuständige bürgerliche Gericht zu leiten und dieses hat endgültig bzw. unter Anwendung weiterer Instanzenwege zu entscheiden. Hieraus ergibt sich, daß das im neuen Irrenfürsorgegesetz geordnete Verwaltungsstreitverfahren und das Verfahren über Entmündigung und der daraus folgenden Freiheitsentziehung gegenüber Irren nach der Zivilprozeßordnung ganz selbständig nebeneinander herlaufen können. Auf diese Materie hat das neue sächsische Gesetz also auch keinen Einfluß. Dieselbe könnte übrigens auch nur reichsgesetzlich geregelt werden.

Die Entscheidung des bürgerlichen Gerichts ist selbstverständlich für die Verwaltungsbehörden hinsichtlich der Entmündigung bindend. Ein Widerspruch mit dem Verwaltungsstreitverfahren ist damit ausgeschlossen. Denn dieses tritt eben nicht bei den Grenzfällen, sondern nur bei Streitigkeiten zwischen Gemeinden und Ortsarmenverbänden einerseits und der Anstaltsdirektion andererseits in Kraft, wenn diese die Aufnahme verweigert oder die Entlassung verfügt. Da Privatpersonen (Selbstzahlern) kein Recht auf Aufnahme zusteht, kann mit ihnen eine Streitigkeit im Sinne des Irrenfürsorgegesetzes überhaupt nicht vorkommen.

Für alle andere Arten der Beschwerden (siehe oben unter 1 und 2) tritt aber das Verwaltungsstreitverfahren vor der Kreishauptmannschaft in Tätigkeit.

Dies gilt von reinen verwaltungstechnischen Fragen ohne weiteres. An dieser Stelle braucht nicht weiter darauf eingegangen zu werden.

Dies gilt aber auch von den Beschwerden über die übrigen medizinischen Streitfragen. Nur müssen daran noch gewisse Voraussetzungen geknüpft werden.

Die obere Verwaltungsbehörde in diesen letzteren Fragen als endgültig entscheidende Instanz anzurufen, dürfte nur dann durchführbar sein, wenn ein sachverständiger Obergutachter vorhanden ist, der über das Urteil des doch auch sachverständigen Anstaltsdirektors zu entscheiden vermag. Die Verwaltungsbehörde als solche kann es nicht. Denn die Frage, die zur Entscheidung steht, ist eine rein medizinische, und diese kann keine Verwaltungsstelle in einem Verwaltungsstreitverfahren entscheiden. Das ist für einen Arzt undenkbar. Es müßte demnach noch eine Instanz geschafft werden, an die in medizinischen Streitfragen appelliert werden könnte.

Das Landesgesundheitsamt damit zu befassen, dürfte zu umständlich erscheinen, erstens an sich, zweitens weil die Anstaltsdirektionen auf Grund der Bestimmungen in § 1 und 13 der Verordnung vom 20. Mai 1912 über die Errichtung eines Landesgesundheitsamtes zu keinem unmittelbaren Geschäftsverkehr mit demselben zugelassen sind.

Die medizinischen Beiräte an den Kreishauptmann-

schaften sind Hygieniker, aber keine Psychiater. Das gleiche gilt von dem medizinischen Beirat des Königlichen Ministeriums selbst.

Praktischer und zweckdienlicher wäre es, wenn diese beratende Stelle im Hauptamte, bei der IV. Abteilung des Königlichen Ministeriums selbst, der das gesamte Irrenwesen Sachsens untersteht, ein Psychiater innehätte. Sie müßte einem älteren, erfahrenen Psychiater übertragen sein, der mit den Verhältnissen und Personen aller Anstalten in ständiger Fühlung steht, und dessen Sachkenntnis für das Irrenwesen auch in anderer Beziehung dienstbar gemacht werden kann (ärztliche Personalfragen usw.), was bei dem Umfang, den in Zukunft das Irrenwesen Sachsens annimmt, wohl so wie so kaum zu umgehen sein wird. Geschieht dies und wird ein „Landespsychiater“, wie dies in anderen Bundesstaaten bereits der Fall ist, dem Königlichen Ministerium als Sachverständiger im Hauptamte beigegeben, der zugleich den fünf Kreishauptmannschaften als sachverständiger Berater zur Seite stände, so würde die erwähnte Schwierigkeit eine recht befriedigende Lösung finden.

Das Streitverfahren in Beschwerdesachen würde sich dann etwa folgendermaßen gestalten lassen:

I. Ein von den zuständigen Stellen gestellter Antrag auf Aufnahme, Beibehaltung oder Entlassung eines Kranken in eine Landesanstalt oder Anträge Kranker anderer Art werden von dem ärztlichen Direktor der Anstalt unter Begründung abgelehnt.

II. Hiergegen erfolgt von Verwandten, vom nicht entmündigten, also geschäftsfähigen Kranken selbst, vom Vormund, Gegenvormund usw. Beschwerde bei der zuständigen Kreishauptmannschaft.

III. Betrifft die Beschwerde

a) polizeiliche, verwaltungsrechtliche, armenrechtliche usw. Angelegenheiten, so entscheidet die Kreishauptmannschaft ohne weiteres.

Betrifft die Beschwerde

b) medizinische Streitfragen, so ist sie dem Landespsychiater zur gutachtlichen Beurteilung vorzulegen.

IV. Diese letztere kann erfolgen

1. schriftlich,
2. mündlich.

V. In beiden Fällen unter IV hat der Landespsychiater sein Urteil in den von den Kreishauptmannschaften festzusetzenden Sitzungen zu vertreten, sofern Streitfragen nicht auf schriftlichem Wege ohne Anberaumung einer Sitzung erledigt werden können.



VI. In den Sitzungen wird eine endgültige Entscheidung (Urteil) durch die Kreishauptmannschaft herbeigeführt.

VII. Diese wird der zuständigen Anstaltsdirektion zur Nachachtung und Ausführung mitgeteilt.

VIII. Gegen diese Entscheidung ist Berufung an das Königliche Ministerium des Innern zulässig.

Dieses Verfahren hat seine großen Vorzüge.

Erstlich bleibt das Aufnahmeverfahren unbeeinflußt und wird nicht erschwert.

Zweitens ist das Verfahren vollständig unparteiisch. Denn es urteilt über die Aufnahme, Beibehaltung und Entlassung nicht derjenige Psychiater (ärztliche Anstaltsdirektor), der sie zuerst verfügt hat, sondern ein zweiter, unabhängiger.

Diese Vorzüge hätte das Verfahren z. B. gegenüber dem „*Großherzoglich Badischen*", dessen Gang folgender ist[1]): Dort verfügt die Aufnahme nicht die Anstaltsdirektion, sondern das Bezirksamt auf Grund eines amtsärztlichen Zeugnisses. Dieses erklärt die Aufnahme für „statthaft". Beschwert sich ein Kranker gegen seine Zurückhaltung in der Anstalt, so geht die Beschwerde durch die Anstaltsdirektion an das Bezirksamt (untere Verwaltungsbehörde und Polizeibehörde). Dieses entscheidet über die Beschwerde (§ 9 Abs. 2 des Badischen Irrenfürsorgegesetzes). Die Entschließung des Amts kann durch eine Klage beim Verwaltungsgerichtshof angefochten werden, der endgültig entscheidet. Die erforderlichen Gutachten werden von den Anstaltsdirektionen erstattet oder vom Medizinalreferenten des Großherzogl. Ministeriums.

Von diesem Verfahren unterscheidet sich das oben für Sachsen vorgeschlagene dadurch, daß *erstlich* das Aufnahmeverfahren direkt durch die Anstaltsdirektionen erledigt wird, was einfacher ist und rascher zum Ziele führt.

Es unterscheidet sich aber *weiter* dadurch, daß nicht derjenige Anstaltsdirektor als Gutachter von der Kreishauptmannschaft herbeigezogen wird, der die Aufnahme selbst verfügt hat, sondern ein *zweiter, von der Anstaltsdirektion unabhängiger.*

In Baden könnte der Umstand, daß *der ärztliche Direktor der* den Kranken *zurückhält*, auch als Gutachter beim Verwaltungsgerichtshof zugezogen werden kann, Anlaß zu Klagen über Befangenheit geben. Dies würde nach dem oben vorgeschlagenen Verfahren ausgeschlossen sein. was einen nicht zu unterschätzenden Vorteil darstellt.

Was die Herbeiziehung des Landespsychiaters zu den Sitzungen der fünf Kreishauptmannschaften anbelangt, so erscheint diese Maß-

[1]) Briefliche Mitteilung des Herrn Med. Rat Dr. *Fischer*-Wiesloch.

nahme auf den ersten Blick vielleicht schwer durchführbar. Da solche Sitzungen aber, abgesehen von den für den Sonderfall besonders einzuberufenden, kaum öfter wie alle 2—3 Monate stattfinden werden, würde der Landespsychiater für etwa 20—30 solche Sitzungen im Jahr den Beschwerdestoff zu bearbeiten haben, ein Arbeitpensum, das ihn neben den Arbeiten, die ihm aus seiner sonstigen Stellung zu dem Königlichen Ministerium selbst erwachsen, im Hauptamte zwar voll beschäftigen dürfte, das aber keinen derartigen Umfang hat, daß das Verfahren dadurch undurchführbar würde. Auch dürfte es sich in den Fällen der verweigerten Aufnahme oder verfügten Entlassung nicht um besonders dringliche Fälle handeln. Und in klaren, dringlichen Fällen werden die Gutachten der Sachverständigen übereinstimmen. Es kommt dann zu keinem Streitverfahren.

Ein weiterer Vorteil ist ferner auch darin zu erblicken, daß das Verfahren nach einheitlichen Grundsätzen geregelt werden kann, da der Sachverständige für alle fünf Kreishauptmannschaften derselbe ist.

Ganz besonders beachtlich erscheint aber das Verfahren im Hinblick auf seine Wirkung auf die öffentliche Meinung. Denn durch das Verfahren werden die Anstaltsdirektionen in ihrer Verantwortlichkeit gegen diese geschützt. Es wird dadurch eine von der Direktion, der an sich das ganze Aufnahmeverfahren untersteht, unabhängige Stelle geschaffen, die über sie weg in den erwähnten Streitpunkten die endgültige Entscheidung trifft. Das ist sehr wesentlich; denn die Anstaltsdirektionen werden in Zukunft besser wie bisher gegen den Vorwurf geschützt sein, sie nähmen gesunde Menschen auf oder hielten solche in der Anstalt zurück.

Andererseits wird durch das Verfahren und die Möglichkeit, den Beschwerdeweg im Verwaltungsstreitverfahren zu beschreiten, auch voll das Interesse der Kranken wahrgenommen.

Nach den bisherigen Erörterungen bleiben nun Gruppen von Kranken übrig, deren Anstaltbedürftigkeit angezweifelt werden kann und die von der allgemeinen staatlichen Fürsorge am besten ausgeschlossen bleiben möchten.

Es entsteht damit die weitere Frage: „Was wird mit diesen Ausnahmefällen?"

Was wird mit Kranken mit akuten Rauschzuständen, mit Kranken mit genuiner, unkomplizierter Epilepsie? Was wird mit der Anzahl „Nervöser“ oder „Siecher“, die zwar psychotische Krankheitzeichen darbieten, über deren Zurechnung zu den Geisteskranken im engeren Sinne man aber zweifelhaft sein kann? Was wird weiter mit Kranken mit anderen rasch vorübergehenden Erregungszuständen, die einen Transport in die zuständige, meist entfernt liegende Landesanstalt nicht erst verlohnen?

Diese Frage muß noch erörtert werden. Sie muß auch aus dem weiteren Grunde einer Lösung entgegengeführt werden, weil das Aufnahmeverfahren gewöhnlich eine, wenn auch kurze Verzögerung mit sich bringt, während deren der Kranke untergebracht, beziehentlich gesichert werden muß. Denn es werden, selbst wenn das letztere noch so einfach gestaltet wird, immer ein paar Tage vergehen, ehe der Kranke vom Aufenthaltorte der Erkrankung weg in die zuständige Landesanstalt gebracht werden kann. Dies wird trotz aller Beschleunigung, mit der das Aufnahmeverfahren zu betreiben den Behörden aufgegeben werden möchte, nicht zu vermeiden sein. Es bleibt doch immer ein Zeitraum von Tagen, wo der Kranke außerhalb des Schutzes der Anstalt verbleiben muß.

Was soll während dieser Zeit mit dem frisch Erkrankten, was soll für längere Zeit für die oben erwähnten Ausnahmefälle werden?

Für diese Kranken muß lokale Fürsorge getroffen werden, d. h. Fürsorge an Ort und Stelle der Erkrankung.

Welche Einrichtungen sind hierzu nötig? Welche Einrichtungen empfehlen sich zur vorübergehenden Unterbringung von Geisteskranken in den einzelnen Gemeinden für die Zeit, wo sie vom Staate nicht oder noch nicht in Fürsorge übernommen sind?

Es wird zunächst gefordert werden müssen, daß die Einrichtungen in den Bezirksanstalten, beziehentlich Krankenhäusern, wie sie bisher hier und da schon bestanden haben, erhalten bleiben. Wenn auch diese Einrichtungen meist nur in einer oder mehreren festen Zellen bestanden, die Schutzvorrichtungen darstellten mehr für den gemeingefährlichen als für den kranken Menschen, so bleiben sie doch not-



wendige Vorkehrungen. Nur sollte man sie in moderne Formen kleiden und ihnen in Bau und Anlage den Charakter des Gefängnisartigen nehmen. Sie sollen nicht nur schützen, sondern den Kranken auch unter hygienische Bedingungen setzen, daß ihm durch die Zwangsmaßregel, die angewendet werden muß, nicht geschadet wird. Denn wenn auch viele Geisteskranke gefährlich sind, so sind sie doch in erster Linie k r a n k e Menschen. Dies muß den mit der ersten Hilfeleistung betrauten Stellen immer und immer wieder nahegelegt werden.

Dabei wird darauf zu achten sein, daß an den betreffenden lokalen Unterbringungstätten immer eine P f l e g e p e r s o n sich befindet, die mit solchen Kranken u m z u g e h e n v e r s t e h t. Es dürfte sich daher d r i n g e n d e m p f e h l e n , bei allen Gelegenheiten, bei welchen Mitgliedern von Sanitätskolonnen, z. B. des Roten Kreuzes oder solchen von Diakonissenhäusern und anderen Pflegerberufsgenossenschaften Unterricht über die erste Hilfeleistung bei Verunglückungen gegeben wird, auch auf Grund der Vorschriften über die Zuführung von Geisteskranken in die Anstalten oder anderen Unterlagen darüber B e l e h r u n g zu geben, welche Maßregeln zu ergreifen sind bei der ersten Hilfeleistung für erregte bzw. gefährliche Geisteskranke. Jede G e m e i n d e s c h w e s t e r , deren es doch jetzt fast überall eine oder mehrere gibt, sollte davon wenigstens die elementarsten Kenntnisse besitzen.

Es dürfte sich also empfehlen, an jedem bestehenden Krankenhause oder jeder Krankenabteilung einer Bezirksanstalt eine Anlage am besten in Form von festen Einzelzimmern modernster Konstruktion herzustellen.

Je nach der Größe des Bezirks, dem die betreffende lokale Anstalt dient, genügen ein oder mehrere dieser Räume, die je nach Einrichtung sich auch zur Behandlung von akuten Rausch- oder anderen rascher vorübergehenden Erregungszuständen eignen werden.

Für größere Gemeinwesen, für die mittleren und größeren Städte dürfte die Lösung der Frage keine weiteren Schwierigkeiten machen. Hier war ja bereits jetzt für vorübergehenden Aufenthalt solcher Kranker meist schon ausreichend gesorgt, und die zu dem Zweck vorhandenen Einrichtungen im Sinne etwa der *Griesinger*schen Asyle dürften auch in Zukunft ausreichen. In großen Städten sind ja noch besondere Einrichtungen größeren Stils vorhanden, Irrenkliniken,



Irrenversorganstalten usw., die wenigstens teilweise und für kürzere Zeiträume ihre bestehenden Räume für solche Fälle weiter verfügbar halten müssen.

Der Umfang, den solche Vorkehrungen in Zukunft annehmen müssen, wird ferner und hauptsächlich davon abhängen, wie das ganze Aufnahmeverfahren selbst geregelt werden wird. Je einfacher dieses sein wird, je rascher der Apparat arbeitet, um so rascher wird die Übernahme in die Landesanstalt erfolgen können, um so rascher erfolgt die Evakuierung der Einzelräume in den kleinen Fürsorgeanstalten des platten Landes oder der Krankenhäuser, um so einfacher in Bauart und Größe können dann die betreffenden Anlagen ausfallen.

Eine grundsätzliche Forderung ist aber, daß solche Einrichtungen systematisch überall eingeführt und getroffen werden müssen, wo sie notwendig sind, und daß sie so getroffen werden, daß sie im Falle der Notwendigkeit auch sofort funktionieren. Eine grundsätzliche Forderung ist weiter, daß sie nicht unnötig lange benutzt und die Kranken darin zurückgehalten werden. Denn sie sollen in erster Linie nicht als therapeutische Hilfsmittel dienen, was sie nicht sein können, sondern nur Schutzmaßnahmen darstellen für die erste Hilfe. Sie sollen als solche aber dann auch allen hygienischen Anforderungen der modernen Irrenbehandlung genügen.

V.

Welche weiteren Einrichtungen waren nun nötig, um den Bestimmungen des Gesetzes praktische Geltung zu verschaffen, sofern der Staat zur Unterbringung der Kranken verpflichtet war?

Den Anforderungen, die bisher und unter den bis jetzt geltenden gesetzlichen Bestimmungen die Irrenpflege an den Staat gestellt hatte, war in folgender Weise Rechnung getragen worden. Es war in den Heil- und Pfleganstalten Sachsens bisher folgender Platz vorhanden:

In Großschweidnitz.......... 524 Plätze
„ Hubertusburg ....1440 „



In Sonnenstein	536	Plätze
„ Untergöltzsch	503	„
„ Zschadraß	635	„
„ der Pfleganstalt Colditz	589	„
In den Anstalten		
Hochweitzschen für Epileptiker	775	„
Waldheim } für verbrecherische	226	„
Bautzen } Geisteskranke	70	„
Chemnitz für bildungfähige Schwachsinnige	513	„
Großhennersdorf für Idioten	200	„
	6011	Plätze

Nach Inkrafttreten des Irrengesetzes werden außer diesen 6011 Plätzen noch etwa 3800 Plätze beschafft werden müssen, so daß, nach dem gegenwärtigen Stand der Berechnung, vom 1. Oktober 1913 ab rund 9800 Geisteskranke in den Staatsanstalten untergebracht werden können.

Diese enorme Vergrößerung erforderte natürlich außerordentliche pekuniäre Opfer.

Da diese der Staat allein nicht zu stellen in der Lage war, mußte eine Form der Liquidierung der Geldmittel gesucht werden, die den Leistungen des Staates einerseits, den großen Vorteilen und Erleichterungen der Gemeinden, denen ja die Unterbringungsorge mit ihren Kosten für ihre Kranken abgenommen war, andererseits wenigstens einigermaßen entsprach. Da zu größeren einmaligen Beiträgen die kleinen Gemeinden und Gemeindeverbände nicht herangezogen werden konnten, blieb die Last zu tragen nur dem Staat im Verein mit den großen Städten übrig.

Die Summe, die als einmaliger Beitrag seitens der großen Städte zu leisten war, betrug 9 500 000 Mark.

Diese Summe verteilte sich mit

3 600 000	Mark auf die Stadt	Leipzig,
3 000 000	„ „ „ „	Dresden.
1 500 000	„ „ „ „	Chemnitz,
650 000	„ „ „ „	Plauen,
350 000	„ „ „ „	Zwickau,
100 000	„ „ „ „	Meißen,
100 000	„ „ „ „	Bautzen,
100 000	„ „ „ „	Freiberg.
100 000	„ „ „ „	Zittau
9 500 000	Mark	



Die übrigen erstmaligen Kosten zur Beschaffung der Plätze übernahm der Staat.

Statt der Summe von 3 600 000 Mark, die die Stadt Leipzig zu stellen hatte, konnte diese nach den Bestimmungen des Vertrags die bereits bestehende städtische Heilanstalt Dösen bei Leipzig dem Staate überlassen. Dies wird auch geschehen, und die Anstalt Dösen mit rund 1200 Plätzen wird am 1. Januar 1913 in die Verwaltung des Staates übergehen.

Man kann nun im Zweifel darüber sein, ob die Beschaffung der übrigen erforderlichen Plätze durch Bau von neuen Anstalten oder durch Erweiterungsbauten an bestehende Anstalten zu erfolgen hatte. Die Ansichten hierüber sind bekanntlich unter den Fachgenossen geteilt. Die einen halten eine Beschränkung auf 600 Plätze für richtig, andere und zwar ein großer Teil lassen nur einen Umfang von 800 zu, wieder andere 1000 bis 1200, ja noch andere bauen Anstalten noch größeren Umfanges, wovon der Steinhof bei Wien das bekannteste Beispiel darstellt. Welche Ansicht ist denn nun die richtige? Die Frage läßt sich von verschiedenen Gesichtspunkten aus betrachtet verschieden beantworten. Stellt man sich auf den rein ärztlichen Standpunkt und fordert man einseitig aus der Interessengemeinschaft von Arzt und Kranken heraus den Bau von Heil- und Pfleganstalten, so kommt man auf solche von niedriger Größe. Stellt man sich wiederum einseitig auf den rein verwaltungstechnischen, finanziellen und fiskalischen Standpunkt, dann gelangt man wenigstens nach Ansicht mancher zur Forderung größerer Anstalten. Ich halte beide für verfehlt und glaube Gründe zu haben, die bei bestimmten Voraussetzungen für den Bau von Anstalten in einer Größe von etwa 1000 Betten sprechen.

Als ein Hauptbedenken gegen den Bau von einer Anstalt über 600 Köpfe wird angeführt, daß der Anstaltsdirektor die Übersicht über diese Kranken verliert. Dies ist nur bedingt richtig und zwar dann, wenn bei einer Bettenzahl von 600 Stück und mehr die Aufnahmeziffer und der Krankenwechsel ein sehr hoher ist, wie dies z. B. in Anstalten einiger Großstädte, in Kliniken usw. der Fall ist. Erfolgen täglich 2—3 Aufnahmen und gleichviel Abgänge bei einem Krankenbestand von 600 Köpfen, dann kann diese Krankenfluktuation auch ein Direktor nicht übersehen, selbst wenn seine Anstalt eben nur 600 Betten zählt. Dann wäre aber schon diese Bettenzahl unzu-



lässig. Bei den Landesanstalten Sachsens erreicht aber die Aufnahmeziffer gar nicht die erwähnte Höhe.

So hat z. B. Zschadraß folgende Aufnahmen gehabt bei einer Belegbarkeit von 500 bzw. 600 Betten.

	Männer	Frauen	
1894	265	78	= Bestand bei der Eröffnung
1895	54	114	= 168
1896	56	67	= 123
1897	56	47	= 103
1898	55	62	= 117
1899	62	58	= 120
1900	77	61	= 138
1901	56	66	= 122
1902	53	41	= 94
1903	43	61	= 104
1904	54	56	= 110
1905	47	59	= 106
1906	77	62	= 139
1907	46	71	= 117
1908	60	50	= 110
1909	53	43	= 96
1910	43	37	= 80
1911	48	85	= 133
			1980

Es sind also innerhalb 17 Jahren (der Anfangsbestand außer acht gelassen) 1980 Aufnahmen erfolgt, das heißt durchschnittlich jährlich etwa 116 Aufnahmen. Es kam also durchschnittlich jeden dritten Tag ein Kranker zur Anstalt. Ähnlich ist es in den übrigen Anstalten.

Berücksichtigt man weiter, daß unter diesen 116 Aufnahmen doch wenigstens ²/₃ der Fälle sogenannte klare Fälle sind (Paralytiker, Katatoniker usw.), die weder der Diagnostik noch der Therapie so viel Schwierigkeiten machen, daß sie die Zeit des Anstaltsdirektors störend in Anspruch nehmen, so erfolgen solche Aufnahmen, die den Anstaltleiter mehr und längere Zeit in Anspruch nehmen in noch größeren Zwischenräumen. Diese genügen aber zu seiner Orientierung vollständig.

Nun handelt es sich beim Anstaltsdirektor allerdings nicht bloß um die Zugänge, sondern auch um die Bestände. Und es dürfte Zweifel erregen, ob ein Direktor einen Bestand von über 600 Kranken so übersehen kann, daß er jeden Kranken so kennt, um ein Urteil über ihn zu haben. Hierzu sei folgende Bemerkung gestattet.

An der hiesigen Anstalt sind von den aufgenommenen Kranken aus dem

Jahr 1894 noch 71 vorhanden. Aus dem
„ 1895 „ 32
„ 1896 „ 18
„ 1897 „ 14
„ 1898 „ 16
„ 1899 „ 18
„ 1900 „ 22
„ 1901 „ 16
„ 1902 „ 22
„ 1903 „ 27
„ 1904 „ 25
„ 1905 „ 25
„ 1906 „ 43
„ 1907 „ 30
„ 1908 „ 37
„ 1909 „ 45
„ 1910 „ 44
„ 1911 „ 118
„ 1902 „ 20
643

Von diesen 643 Kranken sind 38 beurlaubt und 12 in Familienpflege Letztere mit zum Bestand gerechnet, müßte der Direktor 621 Kranke übersehen. Scheidet man außer dem bisherigen Zugang des Jahres 1912 auch noch die aus dem Jahre 1911 stammenden Kranken aus als noch relativ frisches, daher — der gemachten Voraussetzung nach — nicht so sicher bekanntes Krankenmaterial, so bleibt noch ein Bestand von 505 Köpfen, die dem Direktor seit 2 bis 15 Jahren und mehr bekannt sind, und die sich in ihrer pathologischen Beschaffenheit nicht mehr oder — von Ausnahmen abgesehen — wenigstens nicht wesentlich mehr ändern. In dieser langen Reihe von Jahren muß der Anstaltleiter mit der Zeit jeden von diesen Kranken annähernd kennen gelernt haben. ohne daß ein Übermaß von Zeit auf das Bekanntwerden verwendet worden wäre.

Nun ist freilich ohne weiteres klar, daß sich dieses Ergebnis nur herausentwickelt, wenn eben der Direktor seit Jahren mit seiner Anstalt und seinen Beständen verwachsen, gleichsam mit ihnen alt geworden ist.

Tritt freilich eine Vakanz ein, und muß ein mit den Verhältnissen und den Beständen weniger vertrauter Direktor die Stelle des Vorgängers übernehmen, so entstehen natürlich Schwierigkeiten. Dies ist richtig. Trotzdem ist dies aber kein Grund, die Bestände niedrig zu halten. Mit der Zeit wird eben die Schwierigkeit auch überwunden, und mit den Jahren übersieht der neue Direktor, wenn er nur über einen einigermaßen praktischen Blick verfügt, nicht nur die äußersten Winkel der Anstalt im Verwaltungsinteresse, sondern auch die verstecktesten und unauffälligsten Kranken im Interesse der Krankenfürsorge. Ein vielbeschäftigter Arzt



in der Sprechstunde hat auch nicht jeden Augenblick seinen Patienten gegenwärtig. Er hilft sich dann mit Notizen und Merkblättern. Dasselbe gilt von den ärztlichen Vorständen großer öffentlicher Krankenhäuser mit ihrer raschen Bevölkerungsfluktuation. Ähnlich ist es auch hier in größeren Irrenanstalten. Und sollten bei den Visiten der Bestände durch den Direktor auch einmal ein paar Namen dem Gedächtnis entschwunden sein, so ist dies nicht schlimm. Denn erstens kann dies auch bei niedrigen Beständen passieren, zweitens ist es bei den vielen Kranken mit abgelaufenen akuten Psychosen und gleichbleibendem Status kein Unglück — die Katatoniker und Paralytiker der Pflegabteilungen gleichen sich ja so wie so oft bis aufs kleinste —, ein Blick in die Akten oder eine Orientierung durch den Abteilungsarzt hilft sehr rasch über die Lage.

Die Hauptsache ist und bleibt, daß der Direktor die akuten Fälle, die forensisch wichtigen und die, die einer besonderen psychischen Behandlung zu unterwerfen sind, annähernd kennt und Zeit hat, sich mit ihnen zu beschäftigen und individualisierend seinen Einfluß neben der Arbeit seiner Ärzte auf sie auszuüben. Die Hauptsache ist, daß der Geist, der über dem Ganzen waltet, den Anforderungen moderner Psychiatrie entspricht. Das ist aber bei einem Bestand von 1000 Köpfen, wenn die Aufnahmeziffer jährlich nicht mehr wie 200 Köpfe beträgt, noch sehr gut möglich. Nur darf die Direktorialstelle nicht allzu gehäuft den Inhaber wechseln. Das ist aber, soweit die Erfahrungen reichen, auch gar nicht der Fall. Wenn man die Namen der Anstaltsdirektoren in der Zusammenstellung von *Laehr* aus dem Jahr 1912 und früheren Jahren vergleicht, so wird dies sofort ersichtlich. Also die Ärzte sollen wechseln, der Direktor aber nur ausnahmweise und aus zwingenden Gründen. Er muß mit seiner Anstalt und seinen Kranken verwachsen.

Hierzu kommt, daß der Direktor von den älteren Abteilungs- beziehentlich Oberärzten auch ganz wesentlich unterstützt, beziehentlich entlastet werden kann. Es ist eben notwendig, daß den ärztlichen Vorständen der Männer- und Frauenabteilungen eine größere Selbständigkeit unter eigener Verantwortung innerhalb ihres Arbeitgebietes gewährt werde. Der Direktor freilich, der bis in die kleinsten Einzelheiten hinein alles selbst machen will, der — um nur einiges anzuführen — über alle therapeutischen Maßnahmen, Versetzungen von Kranken und Personal innerhalb der Abteilungen usw. selbst verfügt und die Ärzte nur Ausführungsorgane sein läßt, wird natürlich mit Einzelarbeiten so überlastet sein, daß

er schließlich den Überblick verliert oder doppelte Arbeitzeiten und doppelte Arbeitkraft verwenden muß. Eine solche Entlastung kann auch sehr gut bei Beurlaubungen, Entlassungen von Kranken, auch auf forensischem Gebiete eintreten durch eine Arbeitteilung mit seinem Stellvertreter, dessen genaue Kenntnis von allen Eingängen und Entschließungen des Direktors schon um deswillen eine selbstverständliche sein sollte, weil dieser in Urlaubs- oder Krankheitfällen doch in seinem Sinne weiterarbeiten soll. Und genügt der Stellvertreter nicht, nun, so wird eben noch ein älterer Oberarzt herangezogen. Dies stärkt und kräftigt auch die Berufsfreudigkeit der älteren Ärzte, die hierin wenigstens einigermaßen Ersatz für langsames berufliches Aufrücken und Einrücken in eine Direktorstelle haben. Also mehr hervorgehobene Stellen! Und der Direktor wird auch entlastet!

Ein weiterer Grund, der gegen Neubau einer Anstalt und für eine Erweiterung der Bestände der Anstalten Sachsens über 600 bzw. 800 Betten hinaus spricht, liegt aber noch im folgenden: Bisher waren nach den geltenden Bestimmungen in den Anstalten nur heilbare und unheilbare gefährliche Kranke untergebracht. Diese stellten natürlich an die Leistungen des Direktors und der Ärzte in diagnostischer und therapeutischer Beziehung ganz andere Anforderungen als ein Bestand, der mit harmloseren, ruhigeren Kranken untermischt wird. War deshalb die Einhaltung eines Bettenbestandes von 600 Stück — der größte Teil der Landesanstalten Sachsens hatte aber nicht einmal diese Höhe erreicht — bisher gerechtfertigt, so erschien er in Zukunft in finanzieller und verwaltungstechnischer Beziehung als Luxus. Die Kategorien von Kranken, die bisher der Armenfürsorge der Gemeinden überlassen und von diesen in Armen-, Siechen- und Krankenanstalten oder Bezirksanstalten untergebracht waren und nunmehr in die Staatsanstalten gelangen sollen, erschweren die Behandlung und Verwaltung bei weitem nicht in dem Maße, als wenn es sich um noch mehr oder lauter schwer erkrankte heilbare und gefährliche Kranke gehandelt hätte, die aufzunehmen gewesen wären. Das ist aber nicht der Fall. Denn diese waren ja fast alle überhaupt schon in den Anstalten. Die Kranken, die also in Zukunft die Bestände erhöhen, erschweren nicht, sondern erleichtern den Betrieb, vermindern die Unruhe, den Lärm, den eine Ansammlung größerer Mengen nur störender und



erregter Kranker verursacht, und erleichtern dem Direktor, den Ärzten und dem Personal eben dadurch, daß sie die Bestände verdünnen, ihre Arbeit. Und wenn diese anfangs die Übersicht auch etwas erschweren, so bringen sie dem Betrieb und ihrer Leitung auf der anderen Seite Erleichterungen.

Man muß bei der Beurteilung der Frage doch auch berücksichtigen, wie verschieden das Irrenwesen Sachsens gegenüber anderen Bundesstaaten z. B. Preußen bisher organisiert war.

Dort waren die harmloseren, ruhigeren, arbeitsamen Elemente längst der Krankenfürsorge der Anstalten zugänglich, hier beschränkte sich diese auf die wesentlich schwierigere Behandlung der nur Hei baren und nur Gefährlichen. Eine quantitative Erhöhung der Bestände durch Kranke, die ganz anders in ihrem Verhalten geartet sind als die bisherigen. bei denen die Störung sich in viel milderen Formen äußert, und die hauptsächlich den Charakter von Pfleglingen darbieten, wird durch die Erleichterungen des Betriebes und der Behandlung, die sie infolge ihrer wesentlich anderen qualitativen Bewertung verursachen, zum großen Teile in ihren Folgen ausgeglichen, und dieser Umstand vereinfacht, kompliziert aber nicht wesentlich die Übersichtlichkeit des Betriebs.

Also die angeblich mangelhaft durchführbare Übersicht über die Kranken seitens des Direktors und seine angebliche Überlastung mit Verwaltungsgeschäften kann einen zwingenden Grund, die Bestände der Anstalten Sachsens so niedrig zu halten wie bisher oder sie nicht wesentlich weiter auszubauen, nicht darstellen.

Nun wird weiter die Behauptung aufgestellt und vertreten, daß eine Anstalt von 1000—1200 Köpfen wesentlich teurer betrieben wird als eine solche zu 800 Köpfen.

Dieser Behauptung kann in so allgemein gehaltener Form auch nicht zugestimmt werden.

Wenn als Hauptargument für diese Ansicht der Umstand angeführt wird, daß bei einer Zahl von 1000—1200 Köpfen der Aufwand an Personalausgaben wesentlich höher ist, so ist dies wenigstens für unsere sächsischen Verhältnisse nicht richtig.

Wenn man eine Anstalt, nachdem sie 800 Kranke Bestand erreicht hat, nicht weiter ausbaut, sondern eine neue fordert, so benötigt doch diese erst recht den doppelten Personalaufwand. Denn diese muß



doch erst recht jeden Beamten überhaupt neu einstellen, während man bei einer Erweiterung nur so viel Personal neu einstellt, als die Erweiterung erfordert. Setzt man natürlich diese Erweiterung ins Ungemessene fort, so wird ein Zeitpunkt eintreten, wo in der Tat von jeder Sorte Beamte die doppelte Anzahl vorhanden ist. Aber bei welcher Größe der Erweiterung tritt denn dieser Zeitpunkt ein? Bei 800? Bei 1000? Bei 1200? Diese Frage ist nicht allgemein zu beantworten. Sie hängt wiederum von den Verhältnissen ab, besonders und hauptsächlich wieder von der Größe der Krankenfluktuation. Diese ist aber eine schwankende Größe, die an sich und fast überall verschieden ist. Man kann sie also nicht zur Grundlage für eine allgemein gültige Regel machen. Jedenfalls ist nicht notwendig, daß dieser Zeitpunkt bei 800 Köpfen erreicht sein muß. Hierzu kommt aber noch ein anderes.

Sachsen zählt in Zukunft, die Anstalten für Schwachsinnige, Idioten, Epileptiker, verbrecherische Geisteskranke, die in Sonderanstalten untergebracht sind, eingerechnet: 12 Landesanstalten. Sind einmal alle Geisteskranken, soweit sie anstaltbedürftig sind, untergebracht, und sind ferner die Aufnahmebezirke jeder Anstalt in halbwegs geschickter Art verteilt, so werden auch die Aufnahmen in ihrer ziffernmäßigen Höhe für Jahre hinaus einen gleichmäßigen Charakter annehmen und sich auf einer annähernd gleichen mittleren Höhe halten. Eine Zunahme von Kranken aller erwähnten Arten wird nur noch im Verhältnis zur Zunahme der Bevölkerung des ganzen Landes eintreten. Denn alles, was anstaltbedürftig war und noch ist, ist ja bereits untergebracht und auf die große Zahl Anstalten verteilt. Es tritt also mit der Erweiterung der Anstalten und Aufnahme aller Kranken auch eine Regulierung der Aufnahmen ein und zwar im Sinne einer Beschränkung gegenüber jetzt. Die Anstalten werden nach Abschluß der Neuordnung eine wesentliche weitergehende Vergrößerung als die, die sie zum besagten Zweck nunmehr erhalten, gar nicht zu erfahren brauchen. Zu diesem Zweck genügt aber eine Erhöhung auf 1000 und wird auch für absehbare Zeiten weiter genügen.

Ferner handelt es sich ja auch nicht um den Ausbau von Anstalten alten Stils, die aus alten Schlössern oder massiven Zentralbauten im Korridorsystem bestehen. Die sächsischen Landesanstalten sind



gegenwärtig fast sämtlich im Pavillonstil gebaut oder so modern umgestaltet worden (Sonnenstein), daß sie diesen in Bauart und Anlage gleichzuachten sind.

Soll man nun bei dieser Sachlage die bestehenden Anstalten auf niedrigem Krankenbestande halten und neue bauen? Soll man unter sotanen Umständen an einer Größe von 800 Köpfen grundsätzlich weiter festhalten und eine Anstalt für 1000 Kranke für unzulässig oder unzweckmäßig erklären?

Das dürfte doch seine Bedenken haben, zumal noch eine weitere Erfahrung dagegen spricht.

Man braucht sich nämlich über diese Frage gar nicht in weitläufige und besondere theoretische Betrachtungen einzulassen. Die Geschichte des Anstaltbaues der Neuzeit liefert einwandfrei den Beweis, daß ein Betrieb für 1000 Kranke weder unübersichtlich noch teurer ist.

Der Bau der neueren Anstalten in der genannten Größe in Baden, Bayern, Österreich — den Steinhof nehme ich aus —, der Bau von Anstalten in ähnlicher Größe in Großstädten wie Berlin, Leipzig, Hamburg usw. usw. zeigen deutlich, daß diese Anstalten nicht teuerer bewirtschaftet werden als 800 köpfige, und daß sie auch noch übersichtlich sind. Die praktische Erfahrung des letzten Jahrzehnts hat hierfür genügend Beweise erbracht.

Nun verkenne ich nicht, daß der Bau einer Anstalt nicht größer als für 600 oder 800 Kranke eine ideale oder auch eine recht zweckentsprechende Lösung der Frage wäre. Aber das praktische Leben und besonders die Geldmittel lassen solche ideale Schöpfungen nicht allenthalben zu, und man muß sich dann mit dem Zustand abfinden, der dem idealen am nächsten kommt. Nur muß dieser noch zulässig und erträglich sein. Das moderne Irrenanstaltwesen anderer Länder hat für die Zulässigkeit dieser Größe aber den Beweis geliefert. Eine Höchstziffer von 1000 Kranken erscheint somit noch zulässig.

Nach diesen Erwägungen ist es also auch vollständig gerechtfertigt, wenn die sächsische Staatsregierung die durch die Neuregelung des Irrenwesens erforderliche Zahl von Betten durch Erweiterungsbauten der bereits bestehenden Anstalten beschafft und an den Bau einer neuen Heil- und Pfleganstalt erst herantritt, wenn das Maximum von 1000 Kranken an jeder Anstalt erreicht ist.

Bei Unternehmungen gedachter Art ist eben nicht nur das Interesse von Arzt und Kranken im Auge zu behalten, sondern auch das des Steuer-



zahlers, der die Kosten hierfür aufzubringen hat. Und wenn auch zugegeben werden muß. daß derartige Kulturaufgaben unter allen Umständen die erste und beste Berücksichtigung finden müßten, und daß die Geldmittel keinen Hinderungsgrund für ihre Durchführung darstellen sollten, so muß doch andererseits auch anerkannt werden, daß diese Unternehmungen so kostspielig sind, daß die Finanzierung der Pläne und die Liquidierung der Mittel eine ebenso wichtige Frage darstellt, wie die nach der Interessen-gemeinschaft zwischen Arzt und Kranken. Arzt und Verwaltungsbehörde sowohl wie Arzt und Baumeister müssen eben auch hier zusammenarbeiten, um eine mittlere Linie zu finden.

Behufs Durchführung der oben genannten Reform werden im laufenden Jahr in Sachsen nun folgende Erweiterungsbauten vorgenommen:

Die	Anstalt	Sonnenstein	erweitert	um	256 Betten,
,,	,,	Untergöltzsch	,,	,,	160 ,,
,,	,,	Zschadraß	,,	,,	400 ,,
,,	,,	Großschweidnitz	,,	,,	180 ,,
,,	,,	Hubertusburg	,,	,,	100 ,,
,,	,,	Hochweitzschen	,,	,,	48 ,,
				in Summa	1144 Betten

Zu dieser Bettenzahl von	1144	
tritt hinzu die Anstalt Dösen mit rund	1200	Plätzen
und die Anstalt Arnsdorf mit zunächst	900	,,
in Summa	3244	Betten.

Es werden also 3244 neue Betten bei Inkrafttreten des Gesetzes zur Verfügung stehen, eine Bettenzahl, die die Durchführung der Neuregelung ermöglichen wird. Von diesen sind die 1200 Betten in Dösen jedoch bereits mit Kranken belegt.

Möchte diese Kranken und Gemeinden zum Segen gereichen!

Die Belegbarkeit der Anstalten des Königreichs Sachsen würde sich demnach folgendermaßen gestalten. Die Ziffern sind noch unverbindlich:

1. Heil- und Pfleganstalten für Geisteskranke

Arnsdorf	1200	Betten
Großschweidnitz	740—780	,,
Hubertusburg	1576	,,
Sonnenstein	1004	,,
Untergöltzsch...	760—800	,,
Zschadraß.........	985	,,
Dösen	1400	,,



2. Landesanstalten für verbrecherische Geisteskranke

Colditz	600	Betten
Waldheim	200	,,
Bautzen	70	,,

3. Landesanstalten für Schwachsinnige und Idioten

Chemnitz	490	Betten
Großhennersdorf ...	200	,,

4. Landesanstalt für epileptische Geisteskranke

Hochweitzschen....	780	Betten



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

47. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens am 4. Mai 1912 in Hannover.

Anwesend waren: *Alter*-Lindenhaus, *Becker*-Hildesheim, *Benno*-Goslar, *Blümcke*-Bethel, *Borchers*-Hildesheim, *Brunotte*-Gandersheim, *Bruns*-Hannover, *Budde*-Göttingen, *Cramer*-Göttingen, *Dammann*-Marsberg, *Deetjen*-Wilhelmshöhe, *Dieckmann*-Volmerdingen, *Eichelberg*-Göttingen, *Engelken*-Uchtspringe, *Facklam*-Suderode, *Fröhlich*-Langenhagen, *Gellhorn*-Goslar, *Gerstenberg*-Hildesheim, *Gerstenberg*-Lüneburg, *Grahl*-Hedemünden, *Grütter*-Lüneburg, *Günther*-Warstein, *Hellwig*-Langenhagen, *Hobohm*-Bethel, *Kanis*-Eickelborn, *Kracke*-Lüneburg, *Lehne*-Rinteln, *Maßmann*-Liebenburg, *Mönkemöller*-Hildesheim, *Müller*-Warstein, *Muermann*-Aplerbeck, *Pförringer*-Friedrichsberg, *Pohlmann*-Aplerbeck, *Rapmund*-Göttingen, *Redepenning*-Göttingen, *Rehm*-Ellen, *Reimann*-Ilten, *Reinelt*-Lüneburg, *Reinhold*-Hannover, *Rinne*-Langenhagen, *Ritter*-Uchtspringe, *Rühle*-Uchtspringe, *Schmidt*-Wunstorf, *Schneider*-Eickelborn, *Schröder*-Lüneburg, *Schrumpf*-St. Moritz, *Schütte*-Osnabrück, *Siebert*-Lengerich i. W., *Snell*-Lüneburg, *Stamm*-Ilten, *Stüber*-Hildesheim, *Völker*-Langenhagen, *Volland*-Bethel, *Wahrendorff*-Ilten.

Zum Vorsitzenden wird gewählt *Gerstenberg*-Hildesheim, zum Schriftführer *Stüber*-Hildesheim.

Bruns spricht zuerst unter Hinweis auf einen vor kurzem zur Operation gekommenen Fall von rechtseitigem Kleinhirnabszeß über die neurologische Diagnose desselben. Auch neuerdings wird diese immer noch als sehr schwierig erklärt, namentlich gegenüber der eiterigen Labyrinthentzündung. Sicher können ja Schwindel, Gleichgewichtstörungen und Nystagmus in beiden Fällen bestehen. Was den Nystagmus anbetrifft, so kommen für die Differenzialdiagnose zwischen vestibulärem und Kleinhirnnystagmus sehr wesentlich jetzt *Baranys* Untersuchungsmethoden in Betracht, darauf geht *B.* nicht näher ein, übrigens ist in vielen Fällen von Kleinhirnabszeß das Labyrinth auch schon zerstört. Aber auch aus sonstigen nervösen Er-



scheinungen konnte *B.* in bisher vier Fällen die Diagnose eines Kleinhirnabszesses mit Bestimmtheit stellen. In allen vier Fällen bestanden spastische Erscheinungen an den Beinen, mehrmals an beiden, öfters, so auch im letzten Falle, besonders deutlich gekreuzt mit dem Abszeß. Es bestand also eine Druckwirkung auf den Hirnstamm, die der Labyrintherkrankung nicht zukommt. In den zwei letzten Fällen bestand eine Bewegungsataxie des gleichseitigen Armes, ein direktes Kleinhirnsymptom, das zugleich auch ohne weiteres die Seite der Erkrankung erkennen läßt. In dem dritten Fall bestand auch Abduzens- und Fazialislähmung, von denen die zweite allerdings auch durch Knocheneiterung entstanden sein könnte. In allen vier Fällen bestand außerdem Neuritis optica, die jedenfalls bei reiner Labyrinthentzündung selten ist. Der Nystagmus war in den beiden letzten Fällen grobschlägig und langsam nach der Seite der Erkrankung, feinschlägig und schnell nach der anderen Seite. Das hat *B.* mehrfach bei einseitigen Geschwülsten des Kleinhirns beobachtet, und es beruht nach einer mündlichen Mitteilung *Baranys* vielleicht auf einer Parese des gleichseitigen Blickzentrums nach der Seite. Dann würde es ebenfalls durch Druck auf den Hirnstamm entstehen und für Kleinhirnabszeß gegen Labyrintherkrankung sprechen.

Daß neben den erwähnten Symptomen auch die vorhergegangenen eiterigen Erkrankungen am Ohrknochen und im Schädel für die Diagnose des Sitzes des Abszesses im Kleinhirn sehr in Betracht kommen, ist ja bekannt, in drei Fällen bestand auch eiterige Thrombose des Sinus transversus. Bei einseitigen Ohrerkrankungen sitzt der Abszeß wohl immer auf derselben Seite. Niedrige, im letzten Falle subnormale Temperaturen sprechen für Abszeß gegen Labyrintherkrankung. In zwei Fällen bestand starke Abmagerung, ein Symptom, auf das schon *Macewen* hingewiesen hat.

Dann zeigt *B.* ein etwa haselnußgroßes Fibrosarkom des Rückenmarkes von intraduralem Sitze, das aus der Höhe der linken 6., 7. und 8. Halswurzel durch Operation gewonnen wurde. Es handelte sich um eine jüngere Frau, die im April 1910 an Schmerzen an der linken Schulter und über dem linken Schulterblatte erkrankt war. Im Mai 1911 Schwäche des linken Beines, oft plötzlich eintretend. Im Juni 1911 Parese beider Beine. Ende 1911 von *B.* untersucht. Spastische Lähmung beider Beine mit allem Zubehör in stärkster Beugekontraktur. Bauchmuskeln ebenfalls gelähmt, Bauchreflexe fehlen. Sensibilität an der Brust und am Rumpfe total aufgehoben, links bis zum vierten, rechts bis zum fünften Dorsalsegment; links bis zum zweiten, rechts bis zum dritten Dorsalsegment Hypästhesie für Tastreize,



Fehlen der Schmerzempfindung. Am Rücken Gefühlsgrenzen in derselben Höhe wie vorn! An den Beinen manchmal vorübergehend fleckweise wieder Gefühl. Schmerzen wie von Anfang an in der l. Schultergegend. Urinlassen sehr erschwert, Stuhlgang angehalten, Neigung zu Dekubitus. Atrophie und Schwäche der kleinen Handmuskeln links, ohne elektrische Störungen. Linke Pupille enger als rechte. Aus den Anästhesiegrenzen und den segmentären Symptomen an der linken Hand und der linken Pupille wurde, da ja die letzteren vor allen auf eine Läsion des ersten Dorsalsegment l. hinwiesen, angenommen, daß der linkseitige Tumor bis ins siebente Zervikalsegment nach oben reichte. Die Schmerzen, die immer im fünften und sechsten Zervikalsegment l., also höher gesessen hatten, faßte *B.* als ausstrahlende auf.

Am 28. Dezember 1911 wurden von Professor *Thöle* der 6. und 7. Hals- und der 1. Brustdorn entfernt. Es blutete aber so stark aus den extraduralen Venen, daß trotz langen Wartens die Dura nicht geöffnet werden konnte und die Operation abgebrochen werden mußte. 8 Tage später waren die Hautnähte vereitert, so daß auch jetzt eine Fortsetzung der Operation nicht möglich war. Erst am 15. März 1912, als alles wieder geheilt war, fand sich bei Eröffnung der Dura der Tumor an der diagnostizierten Stelle l. etwas vor dem Wulste. Sein oberes Ende ragte allerdings noch unter den fünften Halswirbelbogen, so daß er hier die 6. Halswurzel traf, und sich die Schmerzen in der l. Schulter als direkte Wurzelsymptome erklären ließen. Auch hier hat es sich also wieder gezeigt, daß man das obere Ende der intravertebralen Geschwülste in das Gebiet der höchstsegmentären Symptome verlegen soll.

Am Tage nach der Operation konnte die Kranke den r. Fuß wieder bewegen. Leider hatte sich zwischen erster und zweiter Operation ein Dekubitus entwickelt, und von diesem aus kam es zu einer eitrigen Meningitis der unteren Rückenmarksabschnitte, an der die Kranke zugrunde ging. Das Rückenmark war an der Tumorstelle stark verdünnt. Histologische Untersuchung steht noch aus.

Zuletzt zeigt *B.* das Gehirn eines dreijährigen Knaben, der im ersten Lebensjahr eine schwer entzündliche Erkrankung beider Gehirnhälften mit langdauernden schweren Krämpfen erlitt. Später vollkommen idiotisch; links spastische Lähmung mit extremer Abduktion des Oberarmes, rechts fortwährend krampfhafte Bewegungen des Armes. Bei der Sektion zeigt sich die r. Hirnhälfte namentlich in ihren hinteren Teilen stark geschrumpft; die r. obere Fläche des Kleinhirnes nicht vom Großhirn bedeckt. Die l. Kleinhirnhälfte atrophisch. Histologische Untersuchung steht auch hier noch aus.

Cramer-Göttingen spricht über Rückversicherung im



Zentralnervensystem, die darin besteht, daß immer höhere Zentren des Zentralnervensystems eintreten, wenn gewohnte Handlungen durch Hinzutreten neuer Momente kompliziert werden.

O. Snell-Lüneburg: Die Ausbildung des weiblichen Oberwartpersonales.

Der Ersatz des weiblichen Oberwartpersonales kann auf zwei Wegen geschehen. Entweder läßt man die besten, bewährtesten Pflegerinnen zu Oberpflegerinnen aufrücken, oder man stellt junge Mädchen mit höherer Schulbildung an, nachdem sie durch eine informatorische Beschäftigung an derselben oder einer anderen Anstalt zu dem Berufe einer Oberpflegerin vorgebildet sind. Der erstere Weg hat den Vorzug, daß man nur solche Persönlichkeiten anstellt, die man ganz genau kennt, und bei denen deshalb kaum der Fall eintreten kann, daß sie sich als vollkommen untauglich erweisen. Die zweite Methode hat das Gute, daß die Oberwärterin über das Wartpersonal durch ihm überlegene Allgemeinbildung viel leichter ihre Autorität aufrecht erhält, und daß sie gegenüber den Kranken aus gebildeten Ständen eine bessere und angenehmere Stellung einnimmt. Es ist für eine Oberpflegerin sehr peinlich, wenn sich ihre Kranken in ihrer Gegenwart in französischer Sprache über sie unterhalten, ohne daß sie es versteht. Bei dem männlichen Personale ist diese Schwierigkeit viel geringer, weil die männlichen Kranken überhaupt viel leichter zu behandeln sind als die weiblichen, und weil Männer mehr Sinn für Unterordnung und Disziplin haben. Ich habe Erfahrungen mit beiden Methoden gesammelt und halte es für das entschieden Richtige, nur Oberpflegerinnen mit guter Allgemeinbildung anzustellen. Erhalten die Kandidatinnen, die sich zu den frei gewordenen Stellen melden, rasch die erforderliche Ausbildung und werden dann in derselben Anstalt angestellt, so ergibt sich die Schwierigkeit, daß sie die Vorgesetzten desselben Wartpersonals sein sollen, das noch vor kurzem ihre ersten, unsicheren Schritte auf dem Gebiete der Irrenpflege beobachten konnte. Auch ist es unvermeidlich, daß manche Oberpflegerinnen angestellt werden, die während der Ausbildungszeit viel zu versprechen schienen, die sich dann aber doch nicht bewähren. Werden die Oberwärterinnen in einer anderen Anstalt ausgebildet, so kann ihre Ausbildung wegen der Verschiedenheit der einzelnen Anstalten mangelhaft sein; auch kann eine Kandidatin von dem einen Anstaltsdirektor günstig beurteilt werden, von dem anderen nicht.

An der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Lüneburg sind bei einem Bestande von etwa 450 weiblichen Kranken 3 Oberinnen angestellt mit einem Gehalte von 900—1300 Mark bei freier Station erster Klasse. Daneben können bis zu 6 Hilfsoberwärterinnen angestellt werden, die 500 Mark bei freier Station zweiter Klasse erhalten. Der Anstellung als Hilfsoberwärterin geht eine Ausbildungszeit voraus, die bi her in den meisten Fällen etwa 6 Monate betragen hat. Diese Schülerinnen erhalten vom ersten Tage an freie Station zweiter Klasse, aber kein Gehalt. Als



Schülerinnen werden nur junge Mädchen angenommen, die eine höhere Mädchenschule oder, wie sie neuerdings genannt werden, ein Lyzeum durchgemacht haben oder eine auf anderem Wege erworbene, gleichwertige Allgemeinbildung nachweisen können. Die Schülerinnen erhalten praktischen Unterricht in der Irrenpflege, indem sie systematisch alle Abteilungen durchmachen und jede Art von Pflegerinnendienst eine Zeitlang selbst ausüben, nach dem Grundsatze, daß nur der eine Arbeit richtig beurteilen und überwachen kann, der sie selbst einmal ausgeführt hat. Sie machen also in der Regel zunächst den Dienst einer Wärterin in den leichtesten, dann in den schwierigeren Abteilungen, später den Dienst einer Stationswärterin, ebenfalls in verschiedenen Abteilungen, und schließlich, wenn sie sich dazu eignen, den Dienst einer Hilfsoberwärterin.

Daneben erhalten die Schülerinnen theoretischen Unterricht in allen Zweigen der Krankenpflege und Irrenpflege.

Durch die in Lüneburg gebräuchliche Methode wird erreicht, daß man in einem ausreichenden Zeitraum beobachten kann, ob sich die jungen Damen, die Oberwärterinnen werden möchten, tatsächlich für diesen Beruf eignen. Ein erheblicher Teil erweist sich als nicht geeignet. Für diesen ist es dann keine Härte, wenn man ihnen eröffnet, sie hätten keine Aussicht, als Hilfsoberwärterin angestellt zu werden, und man könne sie nicht anderen Anstalten empfehlen. Da ihnen ihre Ausbildung keinerlei Unkosten verursacht hat, ist die Erfahrung, die sie über ihre eigene Leistungfähigkeit machen, nicht zu teuer erkauft.

In Lüneburg werden jetzt nicht nur die Stellen der Hilfsoberwärterinnen mit Schülerinnen besetzt, die in der beschriebenen Weise ausgebildet sind, sondern auch die Oberwäscherin hat diese Ausbildung genossen. Wir sind mit dieser Einrichtung sehr zufrieden. Die Leitung eines modernen Wäschebetriebes ist an sich nicht schwierig. Sollte eine Maschine nicht richtig funktionieren, so ist in der Lüneburger Anstalt ein Maschinist jederzeit sofort erreichbar, und andere technische Schwierigkeiten kommen kaum vor. Dagegen ist es sehr wichtig und nicht immer leicht, mit den Kranken, die im Wäschebetrieb beschäftigt sind, geschickt umzugehen. Das geschieht in Lüneburg sehr viel besser als früher, seitdem wir eine Oberwäscherin haben, die zur Oberwärterin ausgebildet ist und eine Zeitlang den Dienst einer Hilfsoberwärterin versehen hat.

Rühle-Uchtspringe: Gefäßveränderungen und Abbauvorgänge im Zentralnervensystem nach experimenteller Methylalkoholvergiftung.

Der Vortragende hat auf Anregung seines Chefs, des Herrn Professor *Alt*, amfangreiche Untersuchungen über die pathologisch-anatomischen Veränderungen im Gehirn und Rückenmark von mit Methylalkohol tödlich vergifteten Tieren unternommen. Die Arbeit ist in einer vorläufigen Mitteilung in der Münchener medizinischen Wochenschrift



erschienen und wird in einer ausführlichen mit zahlreichen Abbildungen versehenen Publikation in der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie veröffentlicht werden. Der Vortragende referierte in Kürze über unsere bisherigen Kenntnisse von dem Wesen der Abbauvorgänge im Zentralnervensystem, wie sie uns durch die grundlegenden Arbeiten *Alzheimers* und seiner Schüler vermittelt worden sind. Er erwähnt dabei namentlich einer neuerdings aus dem *Alzheimer*schen Laboratorium hervorgegangenen Arbeit von *Jakob*, in der die Abbauvorgänge im Zentralnervensystem, insbesondere deren Beziehungen zu den Gefäßen, eine besondere Berücksichtigung erfahren haben. *Jacob* konstatiert auf Grund seiner Präparate eine unverkennbare Zugrichtung der Fettmassen nach den Gefäßen hin, beschreibt eine markante Ansammlung lipoider Stoffe um die Gefäße, gewucherte Gefäßwandzellen und Aufnahme von Fettstoffen in ihr Plasma, sowie eine Aufsplitterung der Gefäßwand selbst. Die *Jacob*schen Untersuchungen sind an degenerativen Vorgängen in der weißen Substanz des Rückenmarks bei Kaninchen und Affen nach Rückenmarksläsionen gemacht, also an Material, bei dem es bereits zur Ausbildung der typischen Träger der Abbauprodukte, der Körnchen- oder Gitterzellen, gekommen war. Daß es aber auch bei ganz akuten Insulten des Zentralnervensystems, wie einen solchen die Einverleibung von differenten Stoffen in den Blutkreislauf darstellt, zu einem äußerst lebhaften Abtransport lipoider Stoffe kommen kann, zu einem Abtransport, der noch nicht an Körnchen- und Gitterzellen, also degenerative Formen gliogener oder mesodermaler Herkunft, gebunden ist, sondern sich offenbar auf dem Wege der noch nicht veränderten Gliazelle vollzieht, konnte der Vortragende an der Hand zahlreicher mikrophotographischer Aufnahmen (Dr. *Engelken*, Uchtspringe) seiner Präparate demonstrieren. Einerlei, ob es sich dabei um eine aktive Tätigkeit des Zellprotoplasmas oder einen mehr passiven Mechanismus handelt, daran ließen jedenfalls die großenteils nach dem Lumièreverfahren hergestellten Diapositive der Präparate keinen Zweifel, daß auch bei akutesten das nervöse Gewebe treffenden Schädigungen, wie sie eine schon nach wenigen Stunden zum Tode führende Methylalkoholvergiftung darstellt, ein lebhafter Abtransport lipoider Stoffe nach den Gefäßen zu und in diese hinein stattfindet.

Grütter-Lüneburg: Über die bisherigen Ergebnisse der *Wassermann*schen Reaktion an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg.

Bisher sind 387 Untersuchungen an 300 Patienten angestellt. Zur Anwendung kam die Originalmethode nach *Wassermann*, nur wurde statt des Luesextraktes wässeriger Extrakt nach *Lesser* mit gutem Erfolge gebraucht. Von den untersuchten Patienten reagierten 82 positiv, 218 negativ. Sämtliche 42 Paralysen reagierten im Blute positiv = 100%. Davon waren 36 klinisch sichere Paralysen, bei den übrigen 6 wurde der Verdacht auf Paralyse erst durch den positiven Ausfall der Reaktion



geweckt oder bestätigt, unter diesen 3 juvenile Paralysen. Der Liquor wurde in 17 Paralysefällen untersucht, davon reagierten 16 positiv nach *Wassermann*, 1 frischer, aber einwandfreier Fall negativ, dieser auch im Blut schwächer als die übrigen. Die 16 im Liquor positiven Fälle zeigten auch positive Phase I nach *Nonne-Apelt*, positiven *Guillaint-Parant* und Pleozytose. Die Ausfälle der *Wassermann*schen Reaktion waren im Liquor meistens schwächer als im Serum.

1 Fall sicherer Hirnlues zeigte positiven *Wassermann* im Liquor.

Von 7 Tabesfällen reagierten 5 im Serum positiv, 2 negativ, diese beiden auch im Liquor negativ.

Von 19 Epileptikern waren 2 positiv im Serum, bei denen Epilepsie und Lues aber in keinem kausalen Zusammenhang stehen.

Von 15 Idioten reagierte keiner positiv.

Die übrigen positiven Ausfälle waren aus der Anamnese oder nach dem Befunde ohne weiteres erklärlich.

Die Untersuchungen werden fortgeführt.

In der Diskussion weist *Eichelberg*-Göttingen darauf hin, daß die *Wassermann*sche Reaktion nicht als spezifisch für Lues zu bezeichnen ist, da sie auch bei anderen Erkrankungen vorkommt. In unserer Gegend bedeutet ein positiver Ausfall allerdings praktisch ziemlich sicher, daß das betreffende Individuum Lues hat oder gehabt hat. Es ist wichtig, diesen Unterschied zu machen für die Frage des Zusammenhanges zwischen Syphilis, Tabes und Paralyse. Der vollkommen sichere Beweis für diesen Zusammenhang ist auch durch die *Wassermann*sche Reaktion noch nicht geführt. Man kann nur sagen, daß ein- und dieselbe Reaktion bei Lues und auch bei Paralyse und Tabes sehr häufig vorkommt. Es ist das sicher auch ein Wahrscheinlichkeitsbeweis mehr für den Zusammenhang der Lues mit diesen Erkrankungen. — Da die Antigene sehr verschieden sein können, ist es leider möglich, daß die Untersuchung eines Serums, in verschiedenen Instituten ausgeführt, verschiedene Resultate geben kann. Da die Antigene sich im Laufe der Zeit verändern können, ist eine Zentralisation der Herstellung derselben nur in beschränkter Weise möglich. — Als positiv können nur die Fälle bezeichnet werden, bei denen völlige Hemmung eintritt. — Wie zuerst von amerikanischer Seite behauptet worden ist, scheint reichlicher Alkoholgenuß die Reaktion im Blutserum zu beeinflussen. Es ist daher nötig, bei der Gewinnung auf den Umstand zu achten, ob die betreffenden Patienten in den letzten Tagen große Alkoholmengen zu sich genommen haben. — Es ist nicht richtig, zu behaupten, daß die Lues beim Zustandekommen der Idiotie eine sehr große Rolle spielt. *E.* hat bei 150 Idioten die *Wassermann*sche Reaktion nur 12 mal positiv erhalten. Bei 38 Kindern, die von sicher luischen Eltern stammten, die aber geistig und körperlich völlig gesund waren, war die Reaktion 6 mal positiv. — Im Gegensatz zu den Angaben *Nonne*s hat *E.* bei Tabes die ursprüngliche *Wassermann*sche Reaktion in der Spinalflüssigkeit bei



Untersuchung von 63 Fällen 23 mal positiv erhalten. Bei Verwendung von 1 cbcm Spinalflüssigkeit hat *E.* bei 2 Fällen von multipler Sklerose positive Reaktionen bekommen. Die Angaben *Nonnes* müssen nach dieser Richtung auch weiterhin noch geprüft werden. — Es muß betont werden, daß die in Betracht kommenden Fälle von Lues cerebri, Paralyse, Tabes usw., bei denen nicht schon klinisch die richtige Diagnose gestellt werden kann, verhältnismäßig selten sind, daß man praktisch also nicht allzu häufig die Untersuchung der Spinalflüssigkeit nach *Wassermann* usw. notwendig hat.

Bruns-Hannover: Negativer *Wassermann* ist nicht beweisend, da trotzdem Lues vorliegen kann. Für den Praktiker ist es außerdem nicht angenehm, 7 cbcm Spinalflüssigkeit zu entnehmen, er wird zur Diagnosestellung *Wassermann* auch nur in wenigen Fällen benötigen, da bei Tabes das Vorhandensein von Lues ihm sichersteht, ähnlich bei Paralyse. Wenn Vortragender von juveniler Paralyse und hereditärer Lues gesprochen habe, so sei zu bedenken, daß viele Fälle erst post partum angesteckt seien, z. B. durch Ammen. Viele intra partum Infizierte hätten keine hereditäre Lues, sondern nur dann, wenn sie im Mutterleibe erkrankt seien oder die Infektion mitbekommen hätten, zunächst keine Erscheinungen böten und erst nach Jahren an Paralyse oder Tabes erkrankten. Man solle also lieber den Ausdruck „früh erworben" gebrauchen.

Eichelberg-Göttingen: Organische Geistes- und Nervenkrankheiten nach Unfall.

Die Begutachtung derartiger Fälle kommt gegenüber den funktionellen Nervenerkrankungen verhältnismäßig selten vor. Bei den letzten 1000 Gutachten, welche in der Nervenklinik zu Göttingen angefertigt wurden, handelte es sich nur in 34 Fällen um organische Erkrankungen. (Paralyse 5; Tumor 5; Spätaploplexie 1; Tabes 4; multiple Sklerose 6; Syringomyelie 2; Myelitis 2; Paralysis agitans 3; Epilepsie 6). Es ist nicht richtig, auf Grund einer leichten Drucksteigerung der Spinalflüssigkeit allein eine organische Veränderung des Zentralnervensystems anzunehmen. Bei vielen Erkrankungen, so bei Bleichsucht, chronischem Alkoholismus und auch bei Blutdrucksteigerung können wir Drucksteigerungen der Spinalflüssigkeit bis auf 180 und sogar 200 mm finden, ohne daß eine organische Veränderung am Zentralnervensystem nachweisbar ist. — Wir wissen über den Zusammenhang organischer Erkrankungen des Zentralnervensystems mit Unfall noch sehr wenig. Auch die experimentellen Untersuchungen auf diesem Gebiete haben uns noch nicht viel weiter gebracht. Da wir genaues über diese Frage noch nicht wissen, müssen wir unter gewissen Umständen einen derartigen Zusammenhang zugeben, und man darf bei praktischer Beurteilung dieser Frage nicht zu skeptisch sein. Um einen Zusammenhang anzunehmen, muß aber festgestellt werden, daß die vorliegende Erkrankung nicht schon vor dem Unfall bestanden hat, daß der Unfall schwer gewesen ist und insbesonders mit einer gewissen Schädi-



gung (Erschütterung oder dergleichen) des Zentralnervensystems einhergegangen ist, und daß ein zeitlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Beginn der Erkrankung besteht. Was den letzten Punkt angeht, so ist zu bemerken, daß in den meisten Fällen sofort nach dem Unfall noch keine Erscheinungen vorhanden sind, die auf eine organische Erkrankung hindeuten. Diese Symptome entwickeln sich erst langsam. Es muß aber verlangt werden, daß die ersten Symptome der Erkrankung spätestens ½—1 Jahr nach dem Unfall auftreten. — Was im speziellen den Zusammenhang zwischen Tabes und Paralyse mit Unfall angeht, so muß berücksichtigt werden, daß eine Lues hierbei ziemlich sicher immer in Betracht kommt. Unter den oben angeführten Bedingungen kann aber ein Trauma trotzdem als auslösendes Moment angesehen werden, da wir ja wohl ziemlich sicher wissen, daß es keine Paralyse und Tabes ohne Lues gibt, da wir aber auch ebensogut wissen, daß den meisten Fällen von Lues keine Paralyse oder Tabes folgt. — Beim Zustandekommen der Myelitis kann es sich öfter um zwei verschiedene Schädigungen handeln. Durch einen vorausgegangenen Abszeß oder dergleichen können sich Infektionserreger in der Blutbahn finden. Durch ein Trauma wird ein Locus minoris resistentiae am Rückenmark geschaffen, und es kommt dann hier zu einer neuen entzündlichen Veränderung. Derartige Fälle sind natürlich auch als durch den Unfall bedingt anzusehen. — Wenn man glaubt, einen Zusammenhang zwischen Unfall und organischer Nervenerkrankung annehmen zu können, so ist es praktisch wichtig, in dem Gutachten darauf hinzuweisen, daß eine an „Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit" für diesen Zusammenhang vorliegt, da dieses der entsprechende Wortlaut der Reichsversicherungsordnung ist.

Diskussion. — *Cramer*-Göttingen: Es sei nicht richtig, wenn in manchen Lehrbüchern stehe, daß ein Zusammenhang zwischen Unfall und Krankheit nur anzunehmen sei, wenn ein ununterbrochener Symptomenkomplex bestehe; erwähnt einige Beispiele aus der Praxis, so Fälle von Paralysis agitans und *Landry*scher Paralyse, für die Unfälle verantwortlich gemacht wurden, obwohl die Krankheiten schon vorher vorhanden waren. Besonders bei Paralyse solle oft ein Unfall schuld sein.

In der Diskussion bemerkt weiterhin *Bruns*-Hannover, man müsse in der Gutachterpraxis bisweilen Zusammenhänge annehmen, die man wissenschaftlich nicht beweisen könne, so z. B. in einem Falle, der nach Unfall Symptome von Hirntumor darbot, während sich bei der Sektion ein Zystizerkus fand, der sicher vor dem Unfall schon vorhanden war. Ähnliche Erfahrungen mache man bei Paralyse und Tabes; am ehesten noch könne man bei multipler Sklerose einen Zusammenhang mit einem Unfall als vorliegend erachten, die Symptome könnten da bisweilen sehr schnell auftreten.

Bei Hirntumor fehle häufig ein kontinuierlicher Symptomenkomplex; wo ein solcher nach dem Unfall sich entwickle und außer dem Tumor an



der betreffenden Stelle Reste der Verletzung zu finden sind, könne man einen Zusammenhang annehmen.

Redepenning-Göttingen berichtete über die neue Provinzial-Heil- und Erziehungsanstalt in Göttingen, die für 54 männliche, schulentlassene, psychopathische Fürsorgezöglinge eingerichtet, Anfang April in Betrieb genommen ist und unter ärztlicher Leitung steht.

Ein ausführlicher Bericht erfolgt an anderer Stelle.

In der Diskussion bemerkt *Cramer*-Göttingen, daß unter den Fürsorgezöglingen ein Teil gut gerät, ein Teil seien Imbezille, andere wieder zeigten degenerative Charaktereigenschaften; nur letztere stören die Fürsorgeerziehung. Für diese nicht geisteskranken, aber psychopathischen Individuen sei die neue Anstalt eingerichtet. Es gebe auch Fälle, die in der Pubertätszeit etwa 2—3 Jahre lang psychopathische Symptome darböten, welch letztere dann völlig schwänden.

Stüber-Hildesheim.

Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Kiel am 30. und 31. Mai 1912.

Anwesend: *Adams*-Köln-Lindenthal, *Alter*-Leubus, *Alter*-Lindenhaus, *Alzheimer*-München, *Anton*-Halle, *Arndt*-Meiningen, *Backenköhler* Aplerbeck, *Barbo*-Pforzheim, *Baumann*-Teupitz, *Becker*-Weilmünster, *Bergl*-Prag, *Bischoff*-Langenhorn, *Bleuler*-Burghölzli, *Boeck*-Troppau, *Boedeker*-Schlachtensee, *Bodet*-Brauweiler, *Bonhoeffer*-Berlin, *Bouman*-Amsterdam, *Brandl*-Eglfing, *Braune*-Conradstein, *Buddeberg*-Merzig, *Bünger*-Großwusterwitz, *Camerer*-Stuttgart, *Cimbal*-Altona, *Clemens*-Eickelborn, *Cohen*-Königslutter, *Cramer*-Göttingen, *Dabelstein*-Neustadt, *Dannemann*-Gießen, *Dannenberger*-Goddelau, *Dees*-Gabersee, *Dinter*-Brieg, *Eccard*-Frankenthal, *M. Edel*-Charlottenburg, *v. Ehrenwall*-Ahrweiler, *Eichbaum*-Schleswig, *Eichelberg*-Göttingen, *Encke*-Ueckermünde, *van Erp Talman Kip*-Amsterdam, *Fabricius*-Düren, *Falk*-Kortau, *Feldkirchner*-Regensburg, *M. Fischer*-Wiesloch, *O. Fischer*-Prag, *Friedländer*-Hohe Mark, *Gallus*-Potsdam, *Gaupp*-Tübingen, *Geist*-Untergöltzsch, *Gerling*-Merxhausen, *Glüh*-Hamburg, *Goldstein*-Königsberg, *Gottschick*-Dösen, *Groß*-Rufach, *v. Grabe*-Hamburg-Friedrichsberg, *Haardt*-Emmendingen, *Hanßen*-Kiel, *Haushalter*-Friedrichsort, *Hegemann*-Warstein, *Heller*-Haina, *Herfeldt*-Ansbach, *Hermkes*-Eickelborn, *Herting*-Galkhausen, *Herwig*-Marsberg, *Hieronymus*-Lauenburg i. P., *Hinrichs*-Schleswig, *Hirschfeld*-Berlin, *Hoche*-Freiburg i. B., *Hock*-Bayreuth, *Hoffmann*-Eberswalde, *Holzer*-Warstein, *Hügel*-Klingenmünster, *Jaspersen*-Preetz, *Kafka*-Hamburg-Friedrichsberg, *Kahlbaum*-Görlitz, *Karrer*-Klingenmünster, *Kastan*-Rostock,



Kehrer-Kiel, *Ketz*-Schwetz, *Kirchhoff*-Schleswig, *Klapper*-Kiel, *Kleffner*-Münster, *Kluge*-Potsdam, *Knörr*-Teupitz, *Kobert*-Kiel, *Koch*-Schussenried, *König*-Kiel, *Körtke*-Langenhorn, *Kräpelin*-München, *Krebs*-Allenberg, *Kreuser*-Winnental, *Kürbitz*-Sonnenstein, *Kundt*-Deggendorf, *Kurz*-Pfullingen, *Lachmund*-Münster i. W., *Hans Laehr*-Schweizerhof, *Max Laehr*-Haus Schönow, *Lange*-Jericho, *Lantzius-Beninga*-Weilmünster, *Lehmann*-Coswig, *Lemberg*-Eglfing, *A. Leppmann*-Berlin-Moabit, *Lienau*-Hamburg, *Longard*-Sigmaringen, *Lüdemann*-Hamburg, *Lützerath*-Schleswig, *Mercklin*-Treptow a. R., *E. Meyer*-Königsberg, *Moeli*-Berlin, *Möller*-Lichterfelde, *Cl. Neißer*-Bunzlau, *Neuhaus*-Düsseldorf, *Oetter*-Kutzenberg, *Ollendorff*-Schöneberg, *Orthmann*-Johannistal, *Oßwald*-Gießen, *Oster*-Illenau, *Paetz*-Alt-Scherbitz, *Passow*-Kropp, *Peretti*-Grafenberg, *Pförringer*-Hamburg, *Plaut*-München, *Probst*-Eglfing, *Rabbas*-Neustadt i. Westpr., *v. Rad*-Nürnberg, *Raecke*-Frankfurt, *Ranke*-München, *Rautenberg*-Hamburg, *Rehm*-Bremen, *Repkewitz*-Schleswig, *Rittershaus*-Hamburg, *Robert*-Kiel, *Roßbach* Hubertusburg, *Rühle*-Uchtspringe, *Rust*-Nietleben, *A. Schaefer*-Roda, *G. Schaefer*-Hamburg, *Scherenberg*-Warstein, *Schlüter*-Kiel, *A. Schmidt*-Sorau, *Heinr. Schmidt*-Kiel, *P. Schröder*-Breslau, *Schulte*-Marsberg, *E. Schultze*-Greifswald, *H. Schultze*-Schleswig, *Schuppius*-Rostock, *Schwabe*-Plauen, *Selle*-Neuruppin, *Siemens*-Lauenburg i. P., *Siemerling*-Kiel, *Sierau*-Langenhorn, *Simon*-Warstein, *Sinn*-Neubabelsberg, *Snell*-Lüneburg, *Spielmeyer*-Freiburg i. B., *Sprengel*-Greiffenberg, *Stallmann*-Merzig, *Stamm*-Ilten, *Stargardt*-Kiel, *Starke*-Neustadt i. H., *F. Stern*-Kiel, *Stertz*-Bonn, *Stier*-Berlin, *Stoltenhoff*-Kortau, *Stransky*-Wien, *Subotisch*-Belgrad, *v. Sydow*-Ueckermünde, *Thomsen*-Bonn, *Többen*-Münster i. W., *Treiber*-Landsberg a. W., *Trömner*-Hamburg, *Tuczek*-Marburg, *Urstein*-Warschau, *Utz*-Ansbach, *Vocke*-Eglfing, *Wahrendorff*-Ilten, *Walther*-Neustadt i. H., *Wanke*-Friedrichroda, *Warda*-Blankenburg, *Wassermeyer*-Bonn, *L. Weber*-Chemnitz, *Weichelt*-Andernach, *Weifenbach*-Goddelau, *Weiler*-Westend, *Weißenborn*-Schleswig, *Werner*-Owinsk, *A. Westphal*-Bonn, *Westrum*-Marsberg, *Weygandt*-Hamburg, *Zinn*-Eberswalde (189 Teilnehmer).

Vorsitzender: *Moeli.* Schriftführer: *Kehrer, König, Stern.*

1. Sitzung: Donnerstag, 30. Mai, vorm. 9 Uhr.

Der Vorsitzende eröffnet die Versammlung und gedenkt der Verstorbenen: *Unruh*-Tapiau, *Krömer*-Conradstein, *Behrendt*-Sayn, *Jastrowitz*-Berlin, *Landerer*-Andernach, *Reye*-Hamburg, *Skierlo*-Potsdam, *Taubert*-Lauenburg. Es folgen Begrüßungsansprachen durch den Rektor der Universität, Prof. Dr. *Sudhoff*, Oberbürgermeister *Fuß*, Dekan Prof. Dr. *Heine* und Landesrat *Bachmann*.

Hierauf wird zur wissenschaftlichen Tagesordnung übergegangen.

I. Referat. Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie, besonders im Hinblick auf das manisch-depressive Irresein.

Als 1. Referent bespricht *Hoche*-Freiburg i. B. die Symptomen-



komplexe in ihrem Verhältnis zu Krankheitformen einerseits, zu Elementarsymptomen andererseits, oder mit anderen Worten: den heutigen Stand unserer klassifikatorischen Bemühungen. In kurzem Abriß wird die Entwicklung des heutigen Standes der Klinik durchlaufen und das sicher Fundierte von dem schwankenden Besitzstand getrennt. Wenn abgezogen wird, was anatomisch einheitlich sich darstellt, was toxisch-ätiologisch zusammengehört, so bleibt als das schwierigste Kapitel das Gebiet der „funktionellen“ Psychosen, ein Begriff, dessen Doppelsinn erörtert wird. Darunter verstanden soll werden: die nicht schicksalmäßig mit Defekt endigenden Seelenstörungen. Dieses große Kapitel ist dauernd in stärkster Bewegung begriffen. Der Vortragende skizziert die quantitativen Schwankungen in der Einzelumgrenzung, die eine Zeitlang die Paranoia, dann die Dementia praecox, dann das manisch-depressive Irresein als häufigste Diagnose in den Vordergrund drängte. Daß diese Sammelkästen, die stellenweise mehr als die Hälfte aller Diagnosen umfassen, für wissenschaftliche und praktische Zwecke viel zu groß sind, wird im Ernste von niemand bestritten. Trotzdem unterhält der unverwüstliche Glaube an die Findbarkeit „reiner Krankheitformen“ das unausgesetzte Bemühen, durch Neugruppierungen und Umgruppierungen der Erscheinungen zum Ziele zu gelangen. Trotz zahlreicher objektiver und subjektiver Beschwichtigungsmomente ist doch die Zahl derer im Wachsen, die für das vorhin umgrenzte Gebiet nicht mehr an reine Krankheitformen glauben, und die sich darüber klar sind, daß wir fortgesetzt durch das Ignorieren störender Symptome und das Hineinsehen der fehlenden in die Krankheitzustände die theoretisch geforderten Symptomgruppierungen zusammenbekommen. Referent belegt diese Ausführungen mit Beispielen aus der Geschichte der Psychiatrie. Der Hauptvertreter des klassifizierenden Optimismus ist heute *Kräpelin*, der unerschütterlich an seiner Forderung der Zerlegung in kleine und kleinste Gruppen und monographischer Bearbeitung derselben festhält.

Wenn bei unbefangener Prüfung zugegeben werden muß, daß die tatsächliche Erfahrung uns heute den Glauben an die Existenz reiner Krankheitformen nicht zu nähren vermag, so wird andererseits auch eingesehen werden müssen, daß auch die theoretischen Voraussetzungen wenig geeignet sind, den Glauben an die Existenz solcher Formen zu stützen. Zweifellos stehen wir noch zu sehr im Bann oder unter der Nachwirkung der anatomischen Lokalisationslehren. Gewiß können wir eine Reihe psychischer Ausfallerscheinungen, die durch Leitungsunterbrechung erzeugt werden, insoweit lokalisieren, als wir vorhersagen können, wo eine Läsion zu finden sein wird; aber es ist bei dem heutigen Stand unseres Wissens im höchsten Maße unwahrscheinlich, daß Erscheinungen wie Gefühl, Stimmung, Trieb, Wille usw. an irgendwelche umschriebene Örtlichkeiten im Gehirn gebunden sein sollten. Wenn wir zu der Annahme kommen, daß bei diesen höheren psychischen Verrichtungen ein Zusammen-

wirken vielleicht sehr zahlreicher Hirngegenden notwendig ist, von denen jede einzelne eine Störung des Vorganges hervorrufen kann, so würde überhaupt die Möglichkeit einer Rückbeziehung komplizierter psychischer Vorgänge auf einzelne anatomische Veränderungen unsinnig sein. Wir wissen ja auch gar nicht, ob nicht auf denselben Bahnen oder in denselben Gehirnabschnitten, je nach der Form des Erregungsvorganges sehr verschieden, von uns von innen als psychisch empfundene Vorgänge ablaufen können. Ist dieses alles so, dann ist die Anatomie überhaupt unbrauchbar, um als Abgrenzungsmoment psychischer Krankheitformen zu dienen, und wir hätten hier den Punkt, an dem die häufig gesuchte Analogie zwischen innerer Medizin z. B. und Psychiatrie in der Zurückbeziehung klinischer Symptome auf die materielle Grundlage versagt. Also: weder die klinische Erfahrung noch die theoretische Betrachtung führt zu der Annahme der Wahrscheinlichkeit reiner Krankheitformen bei den funktionellen Psychosen. Die Gegenprobe wird von der Natur sehr häufig gemacht, indem gerade die Psychosen mit bekannten anatomichen Vorgängen, mit bestimmtem Verlauf und Ausgang symptomatisch die regellosesten sind.

Der Vorgang, der scheinbar wohl fundierte Krankheitbilder ihres einheitlichen Charakters entkleidet, ist bei den Grenzgebieten zwischen Neurologie und Psychiatrie schon längst im Gange, wie die Geschichte der Hypochondrie, der Neurasthenie und Hysterie zeigt. Übrig bleiben dabei gewisse Reaktionsformen des Individuums, über deren Kennzeichen im gegebenen Fall wir alle uns einig sind. Wir kennen schon unter den psychopathischen Persönlichkeiten eine ganze Reihe weiterer derartiger abnormer Reaktionsformen: die konstitutionelle Verstimmung, den mißtrauisch-paranoischen, den chronisch-manischen, den quärulierenden Charakter usw., Erscheinungen, die den dringenden Hinweis geben, daß bestimmte präformierte Symptomverkuppelungen in der normalen und in der krankhaft disponierten Psyche vorhanden sind. Auch in den ausgesprochenen Psychosen ist gerade die Wiederkehr bestimmter Symptomenkomplexe dasjenige, was uns die Sicherheit des Erkennens und des Handelns gibt, ohne daß es sich dabei um die Diagnose einer bestimmten reinen Krankheitform handelte. Man hat den Eindruck, daß, wie die Komponenten des epileptischen Anfalls parat liegen und durch bestimmte toxische oder andere Momente nicht erzeugt, sondern nur ausgelöst werden, in ähnlicher Weise Symptomverkuppelungen vorhanden sind, die durch gewisse Anstöße innerer oder äußerer Art mobil werden. Den reinsten Typus, den wir heute erkennen, würde z. B. darstellen: die Verbindung von Depression, Minderwertigkeitsgefühl, Darniederliegen des Willens, oder: von gehobener Stimmung, erleichterter motorischer Auslösung, oder: der katatonische Symptomenkomplex, oder das gesetzmäßige Verhältnis zwischen Sinnestäuschungen und Wahnideen und vieles andere, was wir finden werden, wenn wir danach suchen.



Möglicherweise werden die Psychosen sich eines Tages gruppieren in solche, die auf dem Wege toxischer oder grob anatomischer Beeinflussung neue Symptomgruppierungen in die Erscheinung rufen, und solche, die paratliegende nur auslösen. Zu den letzteren würden sicherlich die Fälle von Manie, Melancholie und von periodischem Irresein gehören. Diese Symptomverkuppelungen habe ich früher schon als Einheiten zweiter Ordnung den Elementarsymptomen einerseits, den reinen Krankheitformen andererseits gegenübergestellt. Ich halte eine Erörterung unserer Arbeitsmethoden in dieser Richtung für aussichtvoller, als das immer wieder fruchtlose Suchen nach reinen Krankheitformen (Ausführliche Veröffentlichung in der Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie).

Alzheimer-München (Korreferat):

Die Psychiatrie muß, wenn sie zu einer Beherrschung ihres Stoffes, zu der Möglichkeit einer Prognosestellung, einer Therapie und einer Prophylaxe kommen will, ebenso wie es die anderen medizinischen Disziplinen erreicht haben, zu einer Einordnung der Symptomenbilder in Krankheiten zu kommen suchen. Auch auf dem Gebiete der organischen Psychosen glaubte man früher sich mannigfach überschneidende Kreise zu sehen, hat aber schließlich scharfe Begrenzungslinien zwischen den einzelnen Krankheiten (Paralyse, Lues, Arteriosklerose, senile Demenz) ziehen lernen. Ebenso ist auf dem Gebiete der sogenannten funktionellen Psychosen, wo man heute noch Übergänge zu sehen glaubt, zu hoffen, daß wir mit dem Fortschritt unserer Erkenntnis zur besseren Abtrennung einzelner Krankheiten und zur Gliederung der hier vorhandenen besonders großen Krankheiteinheiten in einzelne durch Besonderheiten der Symptome und des Verlaufs charakterisierte Typen gelangen werden.

Die Wege, die uns hier noch weiter führen können, sind erstens die pathologische Anatomie.

Ohne Grund wird heute vielfach behauptet, daß sie für die Psychiatrie nichts mehr leisten könne. Zunächst aber kann sie gerade für die Beziehung der Symptomenkomplexe zu den Krankheiten mancherlei lehren. Experimentelle Untersuchungen sowie das Studium der Infektionspsychosen deuten darauf hin, daß bestimmte Reaktionsformen nicht von der Art des Giftes, sondern von dessen Dosierung abhängen. Bei den amentiellen Zuständen und leichten Delirien finden sich andere Veränderungen als bei den schweren und wieder andere bei den schwersten, den Delirium acutum-artigen Verlaufsformen.

Weiter zeigt sich, daß bei bestimmter Dosierung nicht jedes Gift gleich verbreitete Schädigungen im Zentralnervensystem setzt, sondern elektiv die einen Teile schwerer, die anderen geringer schädigt. Diese elektive Giftwirkung läßt erwarten, daß durch die verschiedene Lokalisation der Hirn- und Rindenschädigung auch klinisch verschiedene Krankheitbilder erzeugt werden.



Aber auch bei der Aufgabe, für einzelne Krankheiten charakteristische Gewebsveränderungen zu finden, sind keineswegs unsere Mittel und Wege erschöpft. Die Hoffnung ist berechtigt, daß wir bald die anatomische Grundlage der Dementia praecox festgestellt haben werden. Bei den Infektions- und Intoxikationspsychosen finden sich immer mehr charakteristische Befunde. Hin und wieder begegnen uns heute noch nicht bekannte histologische Krankheitprozesse, so daß wir hoffen können mit Hilfe der Histologie klinisch nicht oder noch nicht genügend bekannte Krankheiten abgrenzen zu lernen. Die Epilepsie werden wir immer mehr auflösen können, die Idiotie ist heute schon in zahlreiche verschiedene Krankheiten abzutrennen. Auch auf dem Gebiete der organischen Erkrankungen lassen sich neue Krankheitprozesse erkennen und bekannte noch weiter aufklären; namentlich verspricht das Studium der verschiedenenLokalisationsformen der letzteren im Vergleich zu den klinischen Bildern weitere interessante Ergebnisse. Wenn alle diese lösbaren Aufgaben gelöst sein werden, wird auch der klinischen Psychiatrie mancher Vorteil für die Abgrenzung ihrer Krankheiten zugeflossen sein. Überall kann die Anatomie nicht helfen.

Zweitens kann uns auch die klinische Forschung, die Verfeinerung unserer Symptomenlehre sicher noch vorwärts bringen. *Bonhoeffer* hat neuerdings auf die weitgehende Übereinstimmung der verschiedenen organischen Demenzformen hingewiesen. Daß sie aber auch Besonderheiten haben müssen, wird durch die Erfahrung bewiesen, daß man aus ihnen allein in der Mehrzahl der Fälle die richtige Diagnose stellen kann. Die schizophrenische Demenz ist ein ganz eigenartiger Defektzustand, wie das *Bleuler* besonders klar dargelegt hat. Auch die einengende epileptische Demenz ist gegenüber der die Persönlichkeit zerspaltenden schizophrenischen von besonderer Art. So gibt es also sicher verschiedene, unterscheidbare Demenzen. Es fehlt uns aber noch sehr an genauen Untersuchungen und an präziseren Formeln für die Unterschiede.

Gewiß ist richtig, was *Bonhoeffer* und *Schröder* neuerdings betont haben, daß die Reaktionsformen der akuten Intoxikationen eine gewisse Eintönigkeit zeigen. Man braucht sich aber nur einmal akut mit Alkohol und akut mit Meskalin zu vergiften (die akute Meskalinvergiftung ist von *Knauer* eingehend studiert worden), um bei seiner Betrachtung von innen sich überzeugen zu können, daß neben mancher Ähnlichkeit die weitgehendsten Unterschiede bestehen. Diese übersehen wir heute noch zu leicht. Daß das nicht immer so bleiben muß, beweist der Umstand, daß wir auch hier schon Fortschritte gemacht haben. Die verschiedenen Stuporformen zeigen uns heute schon weit mehr Unterschiede als früher. Heute verwechseln wir nicht leicht mehr eine psychogene Haftpsychose mit einer Dementia praecox, was früher manchem Psychiater passiert ist.

Drittens dürfen wir auch von der Ursachenforschung weitere Hilfe bei der Abgrenzung der einzelnen Krankheiten erhoffen.

Hier haben die Erfahrungen mit der Paralyse sehr aufklärend gewirkt. Dutzend Ursachen finden wir in der alten Literatur als gleichwertig angegeben. Heute ist es eine geworden, die Lues; die anderen sind als bedeutunglos erkannt, oder sie spielen nur die Rolle auslösender Momente, da sie den Verlauf der Krankheit gar nicht beeinflussen. So müssen wir uns heute fragen, ob es denn mit den vielen Ursachen der anderen Krankheiten nicht ebenso steht. Ein weiterer wichtiger Fortschritt in der ätiologischen Forschung bedeutet die Erkenntnis von den ätiologischen Zwischengliedern (*Bonhoeffer*). So zeigt sich, wie namentlich von *Kraepelin* dargelegt worden ist, daß der Alkohol nicht so ganz verschiedene Krankheiten veranlaßt, wie man früher annahm. Der Fortschritt der ätiologischen Forschung hat entschieden zu einer Vereinheitlichung der Ursachen geführt, und damit kann uns auch die ätiologische Forschung für die Krankheitabtrennung nützlich werden. Die Erblichkeitsforschung wird noch manche dunkle Frage heller beleuchten können.

Daß die Wege gangbar sind, beweist auch, daß sie bisher immer noch weiter geführt haben. Am besten sehen wir das am manisch-depressiven Irresein. Manche Fehler, die wir früher in der Prognosestellung, in der forensischen Beurteilung gemacht haben, können wir, wie an Beispielen dargelegt wird, heute durch unsere bessere Kenntnis der Beziehungen der Symptomenkomplexe zum manisch-depressiven Irresein vermeiden.

Die Erkenntnis, daß eine Anzahl der Symptomenbilder der akuten Paranoia und Verwirrtheit, die sogenannten Mischzustände, die leichteren Formen, die Zyklothymien, Fälle von chronischen pathologischen Affektlagen nach der depressiven oder der exaltativen Richtung, einzelne Fälle von chronischer Paranoia und Querulantenwahn, ein Teil der Fälle von *Kraepelin*s Melancholie zum manisch-depressiven Irresein gehören, bedeutet unbestreitbar ebensoviele Fortschritte in der Erkenntnis desselben. Auch die Heraushebung der reaktiven Depressionen stellt einen solchen Fortschritt dar.

Man sagt nun, das manisch-depressive Irresein sei damit uferlos und als Krankheitbegriff ganz unbrauchbar geworden. Wir diagnostizieren aber gar nicht manisch-depressives Irresein, sondern einen der vielen Typen desselben, und die Erkenntnis der Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Irresein legt uns nur eine gewisse Vorsicht nahe bei der Stellung der Prognose.

Daß es auch auf anderem Gebiete vorwärts gegangen ist, beweist, neben manchem anderen, *Bonhoeffer*s letztjähriges Referat über die psychogenen Geistesstörungen.

Wenn auch Irrwege eingeschlagen worden sind, so ist dies bei der Schwierigkeit, vorwärts zu kommen, nicht zu verwundern. Weitere Arbeit läßt sie als solche schon erkennen.

Die klinische Psychiatrie wird, wie die übrige Medizin dazu ge



kommen ist, auch eine immer bessere Einordnung der Symptomenbilder in Krankheiten erreichen. Es ist nur nötig, daß wir nicht resignieren, sondern mit allen Mitteln weiter arbeiten. —

Die Diskussion der Vorträge wurde verschoben bis nach Anhörung der inhaltverwandten Vorträge von *Kleist* und *Urstein*.

Kleist-Erlangen: Über chronische, wahnbildende Psychosen des Rückbildungsalters, besonders im Hinblick auf deren Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein.

Die chronischen, wahnbildenden Psychosen des Rückbildungsalters bilden trotz ihrer Häufigkeit ein noch sehr der Klärung bedürftiges Gebiet der Psychiatrie. Die *Kraepelin*schen Krankheitbegriffe der Spätkatatonie und des präsenilen Beeinträchtigungswahns bilden hier vorläufig die einzigen Richtpunkte, wenn man von den paranoischen Zustandbildern, die gelegentlich im Beginn und Verlauf der arteriosklerotischen und der senilen Gehirnerkrankung auftreten, sowie von psychogenen paranoischen Erkrankungen absieht, die im Präsenium ebensogut wie auf anderen Alterstufen entstehen können. Es erwies sich indessen als unmöglich, die klinisch noch nicht näher bekannten präsenilen chronischen wahnbildenden Psychosen, die im Laufe der letzten 3 Jahre an der Erlanger Klinik beobachtet wurden, zwischen Spätkatatonie und präsenilem Beeinträchtigungswahn aufzuteilen. Allerdings ergaben sich auch dem Vortr. zwei Typen chronisch-wahnbildender Erkrankungen des Präseniums, die offenbar wesensverschiedenen Krankheitarten angehören, und deren kennzeichnende Merkmale zum Teil mit den von *Kraepelin* für die Spätkatatonie und den präsenilen Beeinträchtigungswahn angegebenen Bestimmungen zusammenfallen.

Vortr. unterscheidet zunächst eine Gruppe wahnbildender Erkrankungen, die er vorläufig als Spätformen paranoider Demenz von der Spätkatatonie abtrennen möchte. Die hierhergehörenden Fälle lassen von Anfang an oder nach kurzer Dauer einen Zerfall des Bewußtseinsinhalts (*Wernicke*s „inhaltliche Verwirrtheit"), oft gepaart mit Störungen des sprachlichen Ausdrucks (agrammatische Störungen, Wortneubildungen) erkennen, ohne daß katatonisch-psychomotorische Symptome aufträten. Ausgang in eigentliche Demenz ist selten. Die Wahnbildung scheint nur eine Äußerung des Zerfalls des Bewußtseinsinhaltes zu sein; viele Wahnvorstellungen sind einfach ungereimte Vorstellungsverknüpfungen („Fehlgedanken"), die im Gegensatze zu den Verfolgungs-, Größen- und Kleinheitsvorstellungen keinen affektiven Kern besitzen. Die Verfolgungs- und Größenvorstellungen, die stets daneben vorkommen, sind maßlos, barock, widerspruchvoll, wechselnd. Die begleitenden Affekte entsprechen nach Art und Intensität nicht den Wahnvorstellungen, obwohl das Gefühlsleben sonst in normaler Weise ansprechbar bleiben kann, eine „gemütliche Verblödung" vermißt wird.



Sinnestäuschungen, insbesondere Phoneme, spielen eine große Rolle. Während es sich bei diesen Fällen um „paranoide" Zustände handelt, d. h. um Krankheitbilder, bei denen sich hinter der Maske der Wahnbildung ein Zerfall des Bewußtseinsinhaltes vollzieht, verdient die zweite Gruppe von Fällen die Bezeichnung paranoische Erkrankungen wirklich. Vortr. möchte die hier vorliegende Krankheit „Involutionsparanoia" nennen. Es handelt sich um Leute, ganz überwiegend um Frauen, die zwischen dem 40. und 51. Lebensjahr — Frauen um die Zeit des Klimakteriums — erkranken. Die Krankheithöhe wird meistens erst einige Jahre nach dem Klimakterium, bald in allmählich ansteigendem Verlaufe, bald auf dem Wege wiederholter akuter Schübe, erreicht. Die psychische Veränderung wird nach einiger Zeit stationär. Inhaltliche Verwirrtheit, Demenz, gemütliche Verblödung fehlen ebenso wie grammatische Störungen, Wortneubildungen und katatonisch-psychomotorische Erscheinungen. Das wesentliche an der psychischen Veränderung ist eine affektive Umstimmung im Sinne einer in mannigfachen Nuancen erscheinenden gemischten, teils ängstlichen, teils gehobenen Affektlage, deren bezeichnendste Ausprägung der Affekt des Mißtrauens ist. Diese krankhafte Verstimmung führt zu Mißdeutungen und Wahnvorstellungen in der Richtung der Verfolgung und, wenn die heitere Stimmungskomponente mehr hervortritt, auch in der Richtung der Selbstüberschätzung. Nie fehlen Sinnestäuschungen, und sehr oft besteht eine gesteigerte, gelegentlich in Ideenflucht übergehende Vorstellungstätigkeit, der dann gewöhnlich ein lebhaftes Mitteilungs- und Betätigungsbedürfnis parallel geht. An den Sinnestäuschungen und der krankhaft gesteigerten Phantasie liegt es, daß die Wahnvorstellungen zum Teil einen befremdlichen, ja abenteuerlichen Charakter gewinnen, wodurch sie rein äußerlich den Wahnvorstellungen der Spätformen paranoider Demenz ähnlich werden können.

Mit *Kraepelin*s präsenilem Beeinträchtigungswahn stimmen diese Fälle insofern überein, als auch bei jener Erkrankung eine mißtrauische Verstimmung zu herrschen scheint. Doch können die Krankheitbilder nicht identisch sein, da beim präsenilen Beeinträchtigungswahn Halluzinationen und Größenideen fehlen und die Beeinträchtigungsideen flüchtig und wechselnd sein sollen. Die Erkrankungen, die der Vortr. als „Involutionsparanoia" bezeichnet, sind auch viel häufiger als nach *K*.s Angabe der präsenile Beeinträchtigungswahn ist. Vortr. hat noch keinen Fall gesehen, auf den die Beschreibung des präsenilen Beeinträchtigungswahns genau zutreffen würde. Am nächsten kommen dem von *K*. geschilderten Bilde nach den Erfahrungen des Vortr. Fälle, die neben paranoischen Symptomen Merkstörungen und andere auf arteriosklerotische oder senile Gehirnveränderungen hinweisende Erscheinungen zeigen. Solche Fälle dürften dann den arteriosklerotischen bzw. senilen Psychosen zuzuzählen sein. Die Involutionsparanoia im Sinne des Vortr. ist jedoch nicht die



Äußerung arteriosklerotischer oder seniler Gehirnerkrankung; sie geht nicht in die für jene Erkrankungen charakteristischen Schwächezustände aus.

Es handelt sich vielmehr um eine *konstitutionelle Erkrankung*, um eine zur Zeit der sexuellen Involution aus inneren Gründen (autochthon) zum Durchbruch kommende krankhafte Anlage. Die meisten der Kranken sind schon vor dem Präsenium psychopathische Naturen gewesen, zum Teil waren sie schon damals mißtrauisch-reizbare Menschen, zum Teil handelte es sich um sehr tätige, selbstbewußte und reizbare Charaktere. Die Frauen — überwiegend Unverheiratete! — hatten häufig männliche Wesenszüge. $^2/_3$ der Kranken sind erblich belastet, einige Male im gleichen Sinne, öfter durch Melancholie.

Die Stellung dieser Erkrankung zur Paranoia im Sinne *Kraepelins* zu untersuchen erübrigt sich, da die Paranoia *Kraepelins* — wie Vortr. in Übereinstimmung mit *Specht*, *Wilmanns* u. a. überzeugt ist — nicht existiert. Die als *Kraepelin*sche Paranoia diagnostizierten Fälle dürften, soweit sie nicht etwa an Involutionsparanoia im Sinne des Vortr. gelitten haben, den psychogenen und den manisch-depressiven Erkrankungen (*Specht*) angehören.

Mit den manisch-depressiven Erkrankungen hat nun auch die Involutionsparanoia eine Reihe von Berührungspunkten (Veränderung der Stimmungslage; soweit vorhanden, die an Ideenflucht erinnernde Denkstörung, Mitteilungs- und Betätigungsdrang). Zweifellos gehört die Involutionsparanoia zusammen mit den manischen, melancholischen, zirkulären Erkrankungen und mit noch einer Reihe weiterer auf krankhafter Anlage erwachsender Psychosen, z. B. den heilbaren Motilitätspsychosen, zu der großen *Gruppe der konstitutionellen, autochthonen Psychosen von nichtprogressivem Charakter*.

Bei voller Anerkennung der inneren Verwandtschaft aller dieser Psychosen erscheint es dem Vortr. aber doch nicht zweckmäßig, diese große Gruppe von Psychosen etwa als „erweitertes manisch-depressives Irresein" zu bezeichnen. Vielmehr scheinen diese verschiedenen Psychosen: die Involutionsparanoia, das zirkuläre Irresein, die heilbaren Motilitätspsychosen u. a., selbständige und gleichgeordnete Glieder einer großen Familie unter den konstitutionellen Erkrankungen zu sein.

Urstein-Warschau: *Manisch-depressives und periodisches Irresein als Erscheinungsform der Katatonie.*

Vortr. weist auf seine Monographie: Manisch-depressives und periodisches Irresein als Erscheinungsform der Katatonie, hin, die sich auf mehrere Tausende genau beobachteter, meist abgeschlossener Fälle stützt und das Ergebnis jahrelanger mühevoller Untersuchungen zusammenfaßt. *U.* hat in den drei letzten Jahren die Frage der funktionellen Psy-

chosen wiederum sehr eingehend geprüft und unter anderem das gesamte Material der Heilanstalt Schweizerhof in Zehlendorf verarbeitet. Dieses Material erscheint zur endgültigen Lösung der mannigfachsten Fragen am geeignesten, einmal, weil es das älteste ist und auf sechs Dezennien zurückblickt, dann aber geistig hoch stehende Personen betrifft, die, wenn sie erkranken, sich in vielerlei Hinsicht zweifellos anders verhalten als Kommunalpatienten, uns aber gerade durch ihre Bildung sowie Intelligenz diese Unterschiede deutlich vor Augen führen. Mit dem Terminus Katatonie identifiziert *U.* jene Krankheitform, die er früher als „Dementia praecox" beschrieben hat, und liefert den Beweis, daß typische Manien, Depressionen und Mischzustände in streng *Kraepelin*schem Sinne zu katatoner Verblödung führen, vereinzelt aber erst nach 10—12 Attacken, wobei die freien Intervalle, in denen die Patienten völlig gesund bleiben, selbst über 30 Jahre betragen können.

Im symptomatologischen Teil der Arbeit werden diejenigen Zeichen beschrieben, welche sowohl beim manisch-depressiven Irresein als auch bei Katatonie vorkommen, ferner Symptome, die man nur bei zirkulären Kranken gelten lassen will, obwohl diese nach *U.*s Erfahrungen viel häufiger, wenn nicht ausschließlich bei Verblödungsprozessen auftreten, endlich Erscheinungen, die sich lediglich bei Katatonikern feststellen lassen.

Auch die körperlichen Symptome wurden eingehend erörtert. *U.* beschreibt eine epileptische Form der Katatonie, bei der die typischen Krampfanfälle bei Tage und in der Nacht einzeln oder serienweise auftreten, und wo sowohl epileptische Antezedentien als auch periodisch wiederkehrende Äquivalente beobachtet werden.

Den Ursachen und dem Wesen der Katatonie widmet *U.* ein umfangreiches Kapitel, in dem er neue Hypothesen zur Diskussion stellt. Katatonie wie auch genuine Epilepsie führt *U.* auf anaphylaktische, durch Sekretionsanomalien bedingte Autointoxikationen zurück. Ebenso leitet er bezüglich der Heredität bestimmte Gesetzmäßigkeiten ab.

Im diagnostischen Teil wird der Nachweis geführt, daß sämtliche Formen der Katatonie schon im allerersten Beginn des Leidens sich erkennen lassen.

Viel unsicherer als bei der Diagnose gestalten sich unsere Erfahrungen in prognostischer Hinsicht, doch werden auch hier mehr oder weniger verläßliche Anhaltpunkte mitgeteilt.

Schließlich geht *U.* auf die klinische Bewertung katatoner und manisch-depressiver Zustände ein. Wenn katatone Symptome bei organischen Infektions- und Intoxikationspsychosen beobachtet werden, so handelt es sich offenbar um eine spezifische Reaktionsform besonders veranlagter Individuen. Die von Haus aus bestehende Prädisposition kann, sofern eine schädliche Noxe aufs Gehirn stattfindet, z. B. ebensogut durch paralytisches wie infektiöses oder durch Stoffwechselstörung entstandenes Virus geweckt werden. Bei der funktionellen Psychose gebührt



der Vorrang den katatonen Symptomen. *U.* sucht darzulegen, daß die Verblödung, wie sie auch *Kraepelin* bei angeblichen Manisch-depressiven schildert, zweifellos Katatonische betrifft, die aber fälschlicherweise als zirkuläre Kranke diagnostiziert wurden. Wir müssen unbedingt daran festhalten, daß manisch-depressive Kranke nicht verblöden dürfen, denn sonst hätte die Aufstellung dieser beiden verschiedenen Psychosen weder Sinn noch praktischen Erfolg.

Die irrigen Vorstellungen von dem, was bei den Krankheitformen vorkommen resp. fehlen darf oder nicht, sind größtenteils darauf zurückzuführen, daß zur Behandlung dieser Themata vorwiegend klinisches und Anstaltmaterial benutzt wurde. Diese Befunde passen daher nicht für Privatpatienten und intellektuell hochstehende Individuen, die bei Aufstellung von Krankheitgruppen nicht übergangen werden durften.

Zu anderen, auch heute im Hauptreferat zur Diskussion gebrachten Fragen hat *U.* bereits in seiner Monographie Stellung genommen und die einzelnen Punkte dort eingehend erörtert, so daß er auf die betreffenden Abschnitte seines Werkes verweisen muß.

Diskussion. — *Stransky*-Wien: Die trübe Flüssigkeit, von der *Hoche* gesprochen hat, wird leider dadurch noch trüber, daß beim Umgießen derselben von Kübel zu Kübel so viele Unberufene hineinspucken. Würde heute von Unberufenen mehr gelesen als geschrieben, vielleicht wäre die Verwirrung etwas geringer; so aber sehen wir, wie oft die ältesten Lehren, die man schon längst tot geglaubt hatte, in neuem Gewande wieder vorgeführt werden und unserem Bestreben, uns zu klareren Auffassungen durchzuringen, durch ihre Gegenwart ein Bein stellen. *St.* möchte glauben, daß die hier von *Alzheimer* vertretenen Lehren der *Kraepelin*schen Schule mit dem Standpunkte *Hoche*s gar nicht unvereinbar sind: wir kennen doch z. B. in der internen Pathologie Krankheitzustände, die einmal eine Art, sei es angeborenen, sei es erworbenen Reaktionstypus repräsentieren resp. ihm zugrunde liegen können, der anderen interkurrenten Krankheitvorgängen seine Note verleiht, und dabei auf der anderen Seite doch auch für sich und als solche eigene, wohlgerundete Krankheitbilder zu setzen imstande sind. Wenn wir also etwa einen manisch-depressiven oder schizophrenen Reaktionstypus annehmen, wenn wir annehmen, daß bei dem Vorhandensein eines solchen Typus durch krankmachende Prozesse jeweils ein entsprechender Symptomenkomplex ausgelöst werde, so widerspricht dies in keiner Weise der Tatsache, daß aus den Anlagetypen auch wohlgerundete Krankheiten (Schizophrenie; manisch-depressives Irresein) herauswachsen können. Mischformen sind in den rudimentären, abortiven Fällen zwischen den einzelnen degenerativen Psychosen gewiß möglich: man erinnere sich des von *Alzheimer* gebrauchten Vergleiches der Degenerationsanlage mit einem Myzelium, aus der an verschiedenen Stellen die einzelnen Krankheiten wurzeln, je näher eine Form dem Mutterboden, desto leichter Übergänge



denkbar; je weiter von dem freilich ausgedehnten degenerativen Mutterboden, je differenzierter also das Krankheitbild, um so geringer die Chance für die Kompromißformen; *St.* hat an anderer Stelle kürzlich diese Anschauungen in ausführlicher Weise vertreten, begnügt sich daher nur mit diesen kurzen Andeutungen.

Daß einzelne Symptome als solche für eine Psychose nicht charakteristisch sind, wird ja von allen Seiten übereinstimmend hervorgehoben. In der Pathologie ist es ja nirgends anders. Die intrapsychische Ataxie, wie sie *St.* als eine der Grundstörungen der Dementia praecox darzustellen gesucht hat, ist aber doch eigentlich nicht einfach ein Symptom, sondern als eine Grundlage von äußeren Symptomen zu verstehen. Wenn sie *Alzheimer* nur bedingt gelten lassen möchte, so ist es für *St.* ein Trost. daß *Alzheimer* dafür die *Bleuler*sche Schizophrenie anerkennt; denn diese letztere deckt sich in sehr vielen Stücken mit dem, was *St.* früher unter der Bezeichnung der intrapsychischen Ataxie dargelegt hat (natürlich mit Ausschluß des psychoanalytischen Teiles der *Bleuler*schen Lehre).

St. bemerkt schließlich noch zu den Ausführungen *Kleists* in aller Kürze, daß ihm die erste Form vielerlei Beziehungen zu den von ihm seinerzeit unter dem Namen Dementia tardiva beschriebenen Fällen zu zeigen scheint; die Fälle waren in ähnlichem Alter, welches übrigens doch etwas vor das eigentliche Präsenium zu setzen ist; die zweite hier von *Kleist* erwähnte Art von Fällen scheint *St.*, wenn schon nicht identisch. so doch nahe verwandt mit dem délire chronique.

Kraepelin-München: Wenn man mit einem Zuge fahren will, ist gewiß eine Bremse nötig, noch nötiger aber eine Lokomotive; sonst kommt man überhaupt nicht vorwärts. Die Phantome, von denen *Hoche* spricht, nennen w i r Ideale, die wir ja wahrscheinlich nie erreichen werden, denen wir uns aber annähern können. Daß die nicht klassifizierbaren Fälle zunehmen, muß ich nach meiner Erfahrung entschieden in Abrede stellen; im Gegenteil zeigen unsere Aufzeichnungen, daß unsere Diagnosen allmählich zuverlässiger werden, so viele Irrtümer auch noch unterlaufen mögen. Die Annahme, daß hinter den Zustandbildern wirkliche Krankheitvorgänge stecken, hat sich also jedenfalls als eine brauchbare heuristische Hypothese erwiesen. Welchen praktischen Wert die Beschränkung auf die Feststellung von Zustandbildern haben soll, ist unklar; man wird eben doch unter allen Umständen genötigt sein, den Kranken und ihren Angehörigen auf die Frage Antwort zu geben: Was wird der weitere Verlauf sein? Das ist aber nur möglich, wenn man die den Zustandbildern zugrunde liegenden Krankheitvorgänge kennt.

Cramer-Göttingen erblickt in *Hoche* nicht den Geist, der stets verneint, und betont seinerseits die Notwendigkeit, die Symptomenkomplexe zu studieren.

Neißer-Bunzlau meint, daß, abgesehen von den sonstigen Schwierigkeiten der Diagnostik, noch die Einseitigkeit bestimmter Lehrmeinungen



die Unvollkommenheit des Erreichten schärfer betonen lasse. Die Berücksichtigung der individuellen Anlage der geistigen Systeme, des Lebensalters, des Einflusses anderer Krankheiten sei in der Lehrbuchdarstellung zu wenig berücksichtigt; er halte es für notwendig, die Symptomenkomplexe auch außerhalb der großen Krankheiteinheiten zu studieren; es bedürfe eines Ausbaues der allgemeinen Psychopathologie.

Siemerling-Kiel erklärt, Anhänger des *Hoche*schen Skeptizismus zu sein. Eine pathologische Anatomie der sogenannten funktionellen Psychosen in dem Sinne, daß wir den klinischen Symptomenkomplex durch den pathologischen Befund erklären können, kennen wir nicht. Außerdem haben die einzelnen Symptome, welche bei den Psychosen angeführt werden, nicht den Wert, welchen man ihnen für die Prognose beimißt. Aus didaktischen und praktischen Gründen empfiehlt es sich, an bestimmten Symptomenkomplexen festzuhalten.

Weygandt-Hamburg: Daß es langsam, aber sicher mit den wissenschaftlichen Erfolgen in der Psychiatrie vorwärts geht, zeigt u. a. ein Sondergebiet unseres Faches, in dem wir noch vor 25 Jahren in systematischer Hinsicht fast vis-à-vis de rien standen, die Gruppe der Idiotie oder Defektzustände aus dem Jugendalter. Während wir damals einem chaotischem Gewirr interessanter, aber rätselhafter Fälle gegenüberstanden, ist es heute möglich, eine große Reihe klinisch und ätiologisch scharf umschriebener Gruppen herauszuheben, so daß *W.* in dem betreffenden Abschnitt des *Aschaffenburg*schen Handbuchs nicht weniger als 26 verschiedene Formen jenes Spezialgebietes mit zahlreichen Untergruppen nebeneinanderstellen konnte. Übrigens sind auch in den anderen medizinischen Disziplinen noch dunkle Probleme genug anzutreffen, die nur eine symptomatische Zusammenfassung, aber keine befriedigende klinische Klärung erlauben, wie z. B. die perniziöse Anämie, Diabetes insipidus usw. Kritizismus ist gewiß am Platz, aber nicht ein die Forschungsfreudigkeit lähmender Skeptizismus.

Meyer-Königsberg sieht in dem anscheinend so negativen Referat *Hoche*s den wichtigen Hinweis auf das Studium der Persönlichkeit, in der die Keime der psychischen Symptome gelagert sind, deren Verkuppelungen die Psychosen bilden oder etwa vortäuschen. *M.* weist auf den Versuch *Bonhoeffer*s hin, exogene Reaktionstypen und Verlaufsformen herauszuheben. Es erscheint verlockend, nach endogenen Reaktionstypen und Verlaufsformen vielleicht auch zu suchen.

Cimbal-Altona bedauert, daß die Herren Referenten in der Bedeutung der Symptome für die theoretische Krankheitlehre nur einen kleinen und dazu undankbaren Teil ihres Themas behandelt und zur Diskussion gestellt haben.

Die Einzelsymptome und Symptomenkomplexe bilden in der Psychiatrie außerdem und ganz unabhängig von allem das erste Ziel und Ergebnis jeder planmäßigen Untersuchung, das wichtigste, meist einzige



Mittel zur Verständigung in Unterricht, Gutachtertätigkeit und Konsultation und für die meisten von uns auch den eigentlichen, tatsächlichen Ausgangpunkt aller prognostischen und therapeutischen ärztlichen Arbeit. Mag man dem *Kraepelin*schen und den übrigen wissenschaftlichen Systemen wie einem verehrten, wenn auch noch unerreichten Ideal gegenüberstehen oder sie als irreführend ablehnen: unser bestes Wissen und Können geht einstweilen neben und außerhalb der Systematik einher. Es ruht in der Kenntnis des einzelnen von der gesetzmäßigen Verknüpfung gerade der Einzelsymptome und in dem Instinkt für ihre ärztliche Verwertung. Ihr wissenschaftlicher Ausbau aber und jeder erfolgreiche Erfahrungsaustausch wird erst möglich sein, wenn ihre Deutung und Umgrenzung durch Übereinkunft völlig festgelegt ist. Hier liegt vielleicht die folgenschwerste Schwäche der modernen deutschen Psychiatrie. Sie hat sich dadurch gebildet, daß die völlig verschiedenen Nomenklaturen der sich zeitlich folgenden, maßgebenden, klinischen Schulen in Praxis und Literatur ohne jede Rücksicht auf die Verständigung nebeneinander gebraucht werden. *C.* habe, als er erst *Wernicke*, dann *Kraepelin*, dann *Ziehen* gehört habe, nicht nur die Systeme, sondern jedesmal fast jeden einzelnen Ausdruck völlig nach seiner Bedeutung umlernen müssen. In der Praxis treten dazu die älteren Nomenklaturen von *Krafft-Ebing* und *Jolly* und die ganz divergierende der jüngsten psychoanalytischen Schule; ganz abgesehen davon, daß in der Literatur jeder Autor eigene Ausdrücke für alte und neue Begriffe beliebig bildet und braucht. Die weitest gehende sachliche Übereinkunft sei erfahrunggemäß gar nicht so schwierig, wenn nur der verwirrende Einfluß der verschiedenartigen Ausdrucksweise ausgeschaltet werden könne. Die Symptomenkomplexe, nicht die Krankheitgruppen, seien die Grundbegriffe der Psychiatrie. Ehe sie nicht festgelegt seien, sei es unmöglich eine Krankheitlehre aus ihnen aufzubauen oder die Verständigung der jetzt hoffnunglos divergierenden Schulen herbeizuführen. *C.* regt deshalb an, der Verein möge eine ständige Kommission bilden, die die geltende Nomenklatur auf ihre Brauchbarkeit prüfen und das als sicheren Besitz Erkannte festlegen solle, wie es in der Anatomie längst in fruchtbarer Weise geschehen sei.

A. Leppmann-Berlin berichtet, welche Schwierigkeiten die *Kraepelin*sche Lehre sowohl in der Praxis als in der Sachverständigentätigkeit gemacht hätte. Einzelne Fanatiker der Überzeugung hätten bei Entstehung der Dementia praecox jede Möglichkeit einer exogenen Ursache abgelehnt und hätten Unfallereignisse als Ausbruchsursache zurückgewiesen, auch wenn der zeitliche Zusammenhang mit Nachdruck dafür sprach. Sie hätten so schlechte Prognosen gestellt, daß das Publikum teils kopfscheu, teils unsicher geworden sei. Jetzt wäre eine gewisse Abklärung erfolgt und damit eine größere Vorsicht bei der praktischen Verwertung der Lehre, deren berechtigten Kern jeder Praktiker wohl anerkennen müsse.

Alzheimer (Schlußwort): Es ist ja gewiß zweckmäßig bei der Untersuchung eines Falles, zunächst den Symptomenkomplex festzustellen, z. B. einen akut paranoischen Zustand. Es ist auch wünschenswert, diese Symptomenkomplexe eingehend zu studieren. Kein Irrenarzt wird sich aber damit begnügen, sondern auch eine Prognose zu stellen und sich über die Ursache des Krankheitzustandes klar zu werden suchen. Damit aber beschreitet er einen Weg, der in konsequenter Durchführung von der Feststellung eines bestimmten Symptomenkomplexes zur Abgrenzung einzelner Krankheiten führen muß.

Hoche (Schlußwort): Ich weiß sehr wohl, daß Pessimismus unbeliebt macht, und ich bin nicht der Meinung gewesen, heute in diesen Fragen, die Glaubenssache sind, Widerstrebende zu überzeugen, am allerwenigsten natürlich *Kraepelin*. Ich gebe auch ohne weiteres zu, daß das *Kraepelin*sche Programm mit bestimmtem Ziel und einem scheinbar sicheren Wege sehr viel mehr suggestive Kraft besitzt, als die im wesentlichen verneinende Betrachtungsweise, die mir heute als die gegebene erscheint. Immerhin hat sich die Sachlage in den seit meinem Münchener Vortrage verflossenen 6 Jahren wesentlich verschoben, und es ist heute schon eine Reihe zustimmender Äußerungen laut geworden, die sich sicherlich vermehren würde, wenn jeder sich äußern wollte, der sich eine Meinung gebildet hat. Wenn *Kraepelin* sagt, daß man von dem Symptomenkomplex aus zu keiner Vorhersage des gesamten Krankheitverlaufes gelangen könne, so ist darauf zu erwidern, daß die Indikation unseres Handels im wesentlichen doch von dem Zustandbild des Momentes, nicht von Zukunftserwägungen geleitet wird, und daß gerade unsere allseitig zugegebene Hilflosigkeit in derPrognose immer wieder mit zwingender Gewalt zeigt, daß wir eben mit unseren heutigen Namen und Abgrenzungen nichts wirklich Einheitliches zwischen den Fingern haben.

Die anatomische Arbeit in ihrem Werte herabzusetzen, bin ich natürlich keineswegs gesonnen. Nur soll die Klinik sich keine Illusionen darüber machen, was für sie auf dieser Weise für ihre Zwecke zu erhoffen ist. Wenn im übrigen *Kraepelin* vor der Annahme dieser skeptischen Lehre warnt und meine Auffassungen als eine Bremse an dem Lauf unserer Wissenschaft bezeichnet, so sollte man doch nicht vergessen, daß für die Sicherheit eines Eisenbahnzuges die Bremse unter Umständen wichtiger ist als die Geschwindigkeit. Im übrigen kann wohl niemand mehr anerkennen als ich selber, was wir gerade der energischen Spannkraft der *Kraepelin*schen Arbeit auf klinischem Gebiete verdanken, ohne welche auch die ganze heutige Erörterung nicht möglich gewesen wäre.

L. W. Weber-Chemnitz: Die Praxis bei der Durchführung der Pflegschaft nach dem BGB.

Die Bestimmungen des BGB. über die Pflegschaft sind relativ einfach; ihre Durchführung setzt kein umständliches Verfahren und kaum die Mitwirkung eines Sachverständigen voraus. Trotzdem wird die Ein-



richtung in der Literatur verschieden beurteilt, so daß z. B. *E. Schultze* ihre möglichst ausgedehnte Anwendung an Stelle der Entmündigung empfiehlt, *Jahrmärker* und *Wedemeyer* aber geradezu vor einem Mißbrauch der Pflegschaft warnen. Und die Praxis ihrer Handhabung zeigt ähnliche Verschiedenheiten und Inkonsequenzen. Eine Rundfrage ergab, daß im Jahre 1911 in 36 Anstalten bei 40 000 Kranken ungefähr 750 Pflegschaften und 450 Entmündigungen durchgeführt wurden. Dabei bestehen aber in der bei den einzelnen Anstalten üblichen Praxis im Verhältnis zwischen Entmündigungen und Pflegschaften große Verschiedenheiten, die nicht nur durch das Krankenmaterial, sondern auch durch die richterliche und sachverständige Auffassung bedingt sein müssen. Einige der einschlägigen Punkte sollen hier besprochen werden.

1. Die gesetzlichen Bestimmungen aus den §§ 1910, 1911 und 1920 BGB. gestatten die Einrichtung einer Pflegschaft für einzelne Angelegenheiten oder einen bestimmten Kreis der Angelegenheiten bei geistiger Gebrechlichkeit. Es gibt zwei Formen der Pflegschaft, die eine mit Einwilligung des Gebrechlichen, die andere ohne seine Einwilligung, wenn eine Verständigung mit ihm nicht möglich ist. Ein Unterschied in ihren rechtlichen Folgen besteht nicht. Daneben ist noch eine Pflegschaft möglich für einen Abwesenden, der durch seinen Aufenthalt, z. B. in einer Anstalt, an der Besorgung seiner Vermögensangelegenheiten verhindert ist. Die Pflegschaft kann auf Antrag des Pflegebefohlenen wieder aufgehoben werden.

2. Daß alle Formen geistiger Störung unter geistiger Gebrechlichkeit zu verstehen sind, nicht nur beginnende oder leichte Fälle oder herdförmige Hirnerkrankungen mit Sprachstörungen, gilt auf Grund mehrerer Entscheidungen jetzt als feststehend. Mit wenigen Ausnahmen (z. B. das Marburger Vormundschaftsgericht — *Jahrmärker*) wird von den Gerichten eine Pflegschaft auch dann für zulässig erachtet, wenn infolge von Geisteskrankheit oder Geistesschwäche Unfähigkeit zur Besorgung aller Angelegenheiten vorliegt (Entmündigungsreife). Mit allem Nachdruck muß aber die Auffassung von *Jahrmärker* und *Wedemeyer* unterstützt werden, daß in solchen Fällen die Pflegschaft nur als Provisorium zur Erledigung unaufschiebbarer Maßregeln gelten und auf die Dauer die Entmündigung nicht ersetzen kann, und daß sie auch hier sich nur auf einzelne Angelegenheiten erstrecken darf. Fiskalische Gründe, die höheren Kosten des Entmündigungsverfahrens, dürfen auf keinen Fall maßgebend sein. Sonst würde man schließlich zu der Auffassung kommen, daß die persönliche Freiheit des Reichen durch größere Kautelen geschützt ist, als die des Armen (*Jahrmärker*). Hier gibt vielleicht die rechtzeitige Stellung des Antrags auf Entmündigung ein Mittel an die Hand, um die mißbräuchliche Anwendung der Pflegschaft einzuschränken. Denn nur solange der Entmündigungsantrag noch nicht gestellt ist, kann eine Pflegschaft eingesetzt werden.



3. Der Begriff der Verständigungsmöglichkeit wird weiter und enger gefaßt. In einzelnen Anstalten wird fast bei allen gefragten Kranken die Möglichkeit einer Verständigung angenommen; auch die richterlichen Beamten selbst stellen gewöhnlich in dieser Hinsicht keine großen Ansprüche. In anderen Anstalten wird bei den meisten Kranken eine Verständigung als unmöglich erachtet. Auf diesem strengen Standpunkt steht z. B. *Jahrmärker*, der eine Verständigung nur dann für möglich hält, wenn der Kranke seine Willenserklärung so abgibt, wie er sie bei Berücksichtigung der Sachlage auch frei von seiner Krankheit abgeben würde. Sehr eng fassen die Verständigungsmöglichkeit auch *E. Schultze*, *Liepmann* und *Leppmann*. Die Tatsache, daß der Kranke sich bei Besprechung der Frage aufregt, reicht aber nicht aus, um die Verständigungsmöglichkeit auszuschließen. Wichtig ist auch, wie *Schultze* betont, daß auf einem Gebiet mit dem Kranken eine Verständigung möglich sein kann, für andere Angelegenheiten aber auszuschließen ist.

Da die Verständigung im ganzen mehr ein juristischer, kein medizinischer Begriff ist, sieht man besser von einer für alle Fälle bindenden Definition ab und beschränkt sich im praktischen Fall darauf, dem anfragenden Gericht die Auffassung des Sachverständigen vorzutragen, welcher der Begriff der Geschäftsunfähigkeit im Sinne des § 104 BGB. zugrunde gelegt werden kann. Dabei dürfte aber die Fassung: „Mit X. als einem Geisteskranken ist eine Verständigung nicht möglich", die irrtümliche Anschauung erwecken, als ob mit keinem Geisteskranken eine Verständigung möglich sei. Besser ist es, nach dem Vorschlag von *Zinn* eine kurze Zustandschilderung als Begründung der persönlichen Auffassung des Sachverständigen zu geben.

4. Einzelne Krankheitformen. Zweifellos muß man bei allen „Entmündigungsreifen" und bei vielen anderen Geisteskranken die Möglichkeit einer Verständigung ausschließen. Aber auch bei strenger Auffassung des Begriffs bleiben noch zahlreiche wirkliche Psychosen und viele Grenzzustände, bei denen eine Verständigung als möglich angenommen werden muß, z. B. Melancholie mit Krankheitsbewußtsein und ausgesprochenem Insuffizienzgefühl, manche beginnende Paralysen, vor allem aber leichte Schwachsinnszustände in und außerhalb der Anstalt, chronische Alkoholiker und Psychopathen aller Art, besonders kriminelle, die exkulpiert oder in Strafhaft erkrankt sind. Bei diesen Fällen ist meist Entmündigung nicht durchzuführen, eine Interessenvertretung aber oft wünschenswert.

5. Die Verständigungsfrage soll nicht deshalb als untergeordnet betrachtet werden, weil die Pflegschaft mit oder ohne Einwilligung des Kranken die gleichen rechtlichen Folgen hat. Denn es entspricht der Absicht des Gesetzes, daß die Pflegschaft ohne Einwilligung die Ausnahme bleiben soll, und dem Wesen der freien Behandlung, wenn in einer



so wichtigen Frage die Entscheidung möglichst nicht ohne Wissen und Zustimmung des Kranken erfolgt. Verweigerung der Einwilligung kommt verhältnismäßig selten vor, wie auch die Rundfrage ergab. Gelegentlich gibt die Art, wie der Kranke seine Weigerung begründet, nachträglich noch Anlaß, die Verständigungsmöglichkeit auszuschließen.

6. Technik und Form des Pflegschaftsverfahrens werden in der verschiedensten Weise gehandhabt. In einzelnen Provinzen sind die Anstalten von der Verwaltungsbehörde angewiesen, bei jeder Neuaufnahme die Zustimmung eines gerichtlich zu bestellenden Pflegers zu verlangen; ob dadurch nicht das Aufnahmeverfahren erschwert wird, weiß ich nicht.

Im übrigen kommen, wie *Jahrmärker* auch im einzelnen schildert, folgende Möglichkeiten vor: a) Das Gericht nimmt ohne weiteres an, jeder in der Anstalt befindliche Geisteskranke sei zu einer Verständigung unfähig, und verhängt ohne Anfrage die Pflegschaft über ihn. Daß dieses Verfahren der Sachlage nicht entspricht, geht aus dem oben Gesagten hervor.

b) Die Vernehmung eines nicht in der Anstalt befindlichen Kranken erfolgt an Gerichtsstelle, bei Anstaltkranken durch eine beauftragte Gerichtsperson in der Anstalt, in beiden Fällen meist ohne Sachverständige. Es muß dringend der Wunsch nach Zuziehung eines Sachverständigen ausgesprochen werden, da ja nur dieser das Verhalten und den Geisteszustand in der letzten Zeit kennt. Die geringen Termingebühren dürfen hier keine Rolle spielen.

c) Das Gericht fragt schriftlich bei der Anstaltleitung an und ersucht für den Fall der Verständigungsmöglichkeit um Befragung des Kranken. Der Antwort kann eine schriftliche Erklärung des Kranken oder ein kurzes an der Hand eines Formulars (Eglfing) aufgenommenes Protokoll beigefügt werden, oder es wird die Antwort einfach mitgeteilt und eine Angabe über die Verständigungsmöglichkeit mit oder ohne Begründung (siehe oben) beigefügt. Bestimmte Vorschriften nach einer dieser Richtungen bestehen nicht, und, wie auch *Jahrmärker* bestätigt, hält sich das Gericht oft auch nicht an die ihm gewordenen Mitteilungen bei seiner Entscheidung. Nicht in allen Fällen wird der Anstalt, meistens nicht dem Kranken, die geschehene Einsetzung eines Pflegers mitgeteilt. Beides ist dringend erwünscht unter Hinzufügung, für welche Angelegenheiten der Pfleger eingesetzt wurde.

7. Bei der Wiederaufhebung der Pflegschaft ist ebenfalls kein Verfahren vorgeschrieben. Dem entsprechenden Verlangen des Kranken wird manchmal ohne weitere Information stattgegeben; manchmal, namentlich bei Fortdauer der Anstaltinternierung, wird über seine Geschäftsfähigkeit nach § 104 BGB. angefragt. Über die Beurteilung der rechtlichen Gültigkeit der Forderung nach Aufhebung der Pflegschaft liegen widersprechende Entscheidungen des Reichs- und Kammergerichts



vor. Die eine fordert Geschäftsfähigkeit im allgemeinen, die andere nur Verständnis für den Inhalt des Aufhebeantrags (Psych. Wochenschr. Bd. X, S. 58). Daß ein Kranker, bei dem die Pflegschaft mit seiner Einwilligung eingesetzt wurde, mit dem Aufhebungsantrag als nicht mehr geschäftsfähig abgewiesen wurde, habe ich wiederholt gesehen. Der als nicht geschäftsfähig angesehene Kranke kann aber den Ablehnungsbeschluß mit Beschwerde anfechten, ebenso wie bei der Entmündigung (Bayr. OLG. Psych. Wochenschr., Bd. X, S. 59). *Jahrmärker* schlägt vor, die Entmündigung herbeizuführen, wenn sich der Kranke bei der Ablehnung seines Wiederaufhebungsantrags nicht beruhigt, besonders wenn es sich um Anstaltinsassen handelt. Sowohl für den Kranken als für die Anstalt ist es wünschenswert, daß die Beschränkung seiner rechtlichen und persönlichen Freiheit mit allen gesetzlichen Kautelen umgeben wird.

8. Wirkungskreis der Pflegschaft. Die Beschränkung der Pflegschaft auf eine einzelne Angelegenheit oder einen bestimmten Kreis und die genaue Festlegung des Zweckes der Pflegschaft wird häufig unterlassen. Auch daß ein Pfleger für persönliche und Vermögensangelegenheiten ernannt wird, halten *Wedemeyer* und *Jahrmärker* mit Recht für einen Eingriff in das Gebiet der Entmündigung, denn damit ist meist der Gesamtkreis der Angelegenheiten umschrieben. Auch der von *Jahrmärker* angeführte Fall, daß eine Kranke allmählich drei Pfleger erhielt, für das Vermögen, für ihre Person, für die Besorgung der Kinder, ist eine unzulässige Auseinanderreißung der Angelegenheiten, die durch Entmündigung besser vermieden würde. Das Hauptgebiet der Pflegschaft bleiben die Vermögensangelegenheiten, und gerade für die Anstaltkranken erwachsen hier eine Reihe wichtiger Aufgaben, wie Vollziehung von Gehalts- und Rentenquittungen, Besorgung von Bankkontos, Vertretung in geschäftlichen Unternehmungen usw., soweit dazu die nächsten Verwandten, wie Ehefrau, nicht ohne weiteres berechtigt sind. Der große unbestrittene Vorzug der Pflegschaft liegt gerade darin, daß sie schnell, ohne große Formalitäten eingreift, dem Kranken die Aufregung, den Angehörigen die oft peinlichen Zeugenvernehmungen eines Entmündigungsverfahrens erspart und eine Schädigung des Kredits, des Rufes und bei Beamten die gewöhnlich an die Entmündigung angeschlossene Einleitung des Pensionierungsverfahrens erspart. Die Pflegschaft in persönlichen Angelegenheiten erweist sich nützlich zur Vertretung in Prozessen, z. B. bei Klagen auf Unfallentschädigung, bei Rentenverfahren usw. Im Ehescheidungsprozeß dürfte es zweckmäßiger sein, für den wegen Geisteskrankheit verklagten Teil das Entmündigungsverfahren einzuleiten, um seinen Geisteszustand auch für den Ehescheidungsprozeß klarstellen zu lassen. Eine Ehefrau hatte die Scheidungsklage gegen ihren Mann wegen Mißhandlung eingereicht, war aber inzwischen geisteskrank geworden; hier wurde zu ihrer Vertretung eine Pflegschaft eingesetzt.

Mit allem Nachdruck muß aber mit *Jahrmärker* und *Falkenberg*



betont werden, daß die persönliche Pflegschaft nicht das geeignete Verfahren ist, um gegen den Willen des Kranken seine Verweisung in die Anstalt oder seine Zurückhaltung in derselben zu bewirken. Auch die Entmündigung ist nicht, wie vielfach in Laienkreisen geglaubt wird, das absolute Mittel, um einen Geisteskranken gegen seinen Willen in die Anstalt zu verweisen, wenn nicht Anstaltpflegebedürftigkeit vorliegt, noch viel weniger aber die Pflegschaft. Und jedenfalls kann die Entmündigung in diesen Fällen dem Kranken die gewünschte Gelegenheit zur Aussprache, der Anstalt aber eine Erleichterung ihrer Verantwortung geben.

Einige für unsere Anstaltkranken wichtige persönliche Angelegenheiten können durch eine Pflegschaft vertreten werden, besonders dann, wenn keine näheren Angehörigen vorhanden sind, das ist z. B. Entscheidung über Briefverkehr und Besuche der Kranken, Versetzung in andere Anstalten oder in Familienpflege, Auskunfterteilung. Auch um hier Klarheit zu schaffen, ist genaue Umschreibung der Aufgaben des Pflegers nötig. Denn der Vermögenspfleger kann z. B. keine Auskunft über den Gesundheitszustand erhalten.

9. Die Einwände gegen den Nutzen der Pflegschaft stützen sich hauptsächlich darauf, daß der Gebrechliche oder Kranke jederzeit die Wiederaufhebung fordern kann und auch bei bestehender Pflegschaft seinen Willen gegen den des Pflegers geltend machen kann. Für die Anstaltkranken trifft dieser Einwand im ganzen nicht zu. Denn wenn einmal ein gesetzlicher Vertreter vorhanden ist, so hat der Kranke gar nicht mehr Gelegenheit, die betreffenden Geschäfte zu erledigen. Auch fehlt vielen Kranken doch die Initiative, um spontan die Wiederaufhebung zu fordern, wenn sie überhaupt ihr Recht dazu kennen. Gerade diese letzten Tatsachen werden wiederum gegen eine zu weite Ausdehnung der Pflegschaft ins Feld geführt. Das ohne persönliche Vernehmung des Kranken einhergehende Verfahren nimmt ihm jede Gelegenheit, seine Einwendungen geltend zu machen. Auch eine Vermögenspflegschaft beengt weitgehend die Bewegungsfreiheit des Kranken. Von seinem Beschwerderecht weiß er oft nichts oder wird damit, wie oben angeführt, ohne eingehende Prüfung abgewiesen. Zweifellos sind diese Momente erhebliche Bedenken gegen einen weitgehenden Ersatz der Entmündigung durch die Pflegschaft als Dauereinrichtung. Die Pflegschaft kann ihren Nutzen dann entfalten, wenn sie ein Provisorium bleibt, das leichteren heilbaren Kranken für die Dauer ihrer Erkrankung die Geschäftslast abnimmt oder bei plötzlich einsetzender schwerer Erkrankung rasch zur Erledigung unaufschiebbarer Maßregeln eintritt, das aber durch die Entmündigung ersetzt werden muß, sobald der Zustand ein länger dauernder ist oder unheilbar scheint, besonders wenn der Kranke gegen den Verbleib in der Anstalt protestiert.

Diskussion. — *A. Leppmann*-Berlin macht darauf aufmerksam, daß er die Lehre von der Pflegschaft neulich in seinem Vortrage in der



med. Gesellschaft in Berlin gestreift habe. Er ist davon überzeugt, daß die gegenwärtigen gesetzlichen Bestimmungen ungenügend und unpraktisch sind.

Was wir brauchen, ist eine Einschränkung der Handlungsfähigkeit bei frisch Erkrankten für einen bestimmten Kreis von Geschäften, ganz unabhängig von deren Zustimmung und von der Verständigungsmöglichkeit. Er hält eine Ausgestaltung der Gesetzgebung nach dieser Richtung und in der Beziehung für notwendig, daß auch beim Entmündigungsverfahren, falls dies im Interesse des Kranken liegt, keine Totalentmündigung, sondern nur eine partielle Interdiktion eingeführt werde.

Fränkel-Lankwitz fand nur wenige Fälle, in denen die Einwilligung gegeben wurde; in der Verständigung sei einbegriffen, daß der Kranke Einsicht in seine Lage habe und den Sinn der Pflegschaft erkenne.

Cramer-Göttingen erklärt die Widersprüche in der Praxis der Pflegschaft damit, daß sie bei Entstehung des BGB. berufen gewesen sei, eine Lücke zu füllen. Es ergebe sich die Notwendigkeit persönlicher Verständigung mit den Richtern und individuellen Vorgehens.

Moeli bemerkt gegenüber der Bemängelung der Pflegschaft, daß unzweckmäßige Verwendung nicht dazu führen darf, die Vorzüge bei richtiger Benutzung zu übersehen.

Die Pflegschaft mit ihren einfachen Vorbedingungen, ohne die so oft tatsächlich den Kranken störende oder benachteiligende Nebenwirkung der Entmündigung (zu verweisen auch auf die *Vocke*schen Erfahrungen!) ist für Verkehrsvermittlung, Beschaffung von Unterkunft, Prüfung der Anstaltbedürftigkeit u. ähnl. durchaus brauchbar.

Bei Ordnung gerade solcher Angelegenheiten hat der Umstand, daß die Geschäftsfähigkeit sich nicht ändert (soweit nicht § 104, 2 herangezogen wird), keine erheblichen Nachteile. Daß der Kranke, wenn er mit den Schritten des Pflegers nicht einverstanden ist, selbst sich betätigen kann, schadet in praktischer Hinsicht für die angegebenen Zwecke kaum etwas.

Dagegen ist der Nutzen nicht gering, daß eine richterliche Stelle auf dem Wege der Aufsicht über den Pfleger beteiligt ist und so Wünsche z. B. auf Entlassung (deren Ablehnung gegenüber dem gesetzlichen Vertreter in Preußen nur bei Einspruch der Sicherheitsbehörde erfolgen kann) gehört werden und in gewissem Grade eine Prüfung durch die richterliche Behörde erfahren.

In manchen Fällen, wo Fortdauer der Anstaltbedürftigkeit angezweifelt wird, hätte ein eigenes gerichtliches Feststellungsverfahren Vorzüge. Es ist dies in einer zweckmäßigen Form anzustreben, — möglicherweise in Anlehnung an das nach dem kommenden StGB. für die Verwahrung nach Abschluß eines Gerichtsverfahrens zu erwartende.

Aber solange wir das nicht haben, kann — auch vom rein ärztlichen Gesichtspunkte aus —, gegenüber der mit Entziehung der Geschäftsfähigkeit verbundenen Schutzmaßregel der E., soweit Brief- und persönlicher Verkehr, Auskünfte, besondere Behandlung, kurz die Vertretung in bestimmten Angelegenheiten mehr vorübergehender Art geregelt werden soll, die doch eine richterliche Betätigung zulassende Pflegschaft sehr nützlich sein. Deshalb ist ihre Verwendung vom Beginne der Wirksamkeit des BGB. an gefördert worden.

Leppmann betont Herrn *Cramer* gegenüber die Schwierigkeiten einer Verständigung des Sachverständigen mit dem Richter in der Großstadt (speziell Amtsgericht Berlin-Mitte mit seinen 250 Richtern).

Die Einverständniserklärung des Patienten habe die Bedeutung der Pflegschaft verwässert. Infolgedessen sei man abhängig von der Wellenbewegung in der Einschätzung des psychiatrischen Sachverständigen durch den Richter.

Weber (Schlußwort) hebt hervor, daß er nur von der lex lata gesprochen habe; für Jugendliche und Alkoholisten tauge die Pflegschaft nicht.

2. Sitzung Donnerstag, 30. Mai, nachm. 2 Uhr.

Es werden zuerst geschäftliche Dinge erörtert.

Kreuser-Winnenthal legt den Kassenbericht vor. Die Einnahmen betrugen i. J. 1911 3048,56 Mark, die Ausgaben 5728,22 Mark, darunter nachträglich für den internationalen Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke 4818,01 Mark. Das Gesamtvermögen am Ende des Jahres belief sich auf 9694,38 Mark. Dem Schatzmeister wird auf Grund des gedruckt vorliegenden Rechenschaftberichtes, nach Prüfung durch *Simon*-Warstein und *Fischer*-Wiesloch, Entlastung erteilt und der Jahresbeitrag wiederum auf 5 Mark festgesetzt.

Hans Laehr erstattet Bericht über die Heinrich Laehr-Stiftung, aus deren Mitteln im vergangenen Jahre 1000 Mark an *Isserlin*-München zur Unterstützung von Untersuchungen der Melodie- und Intensitätsverhältnisse der menschlichen Sprache unter psychologischen und psychopathologischen Gesichtspunkten gegeben wurden. Dem Vorstand der Stiftung wird, nach Prüfung der Abrechnung durch *Kreuser*-Winnental und *Selle*-Neuruppin, Entlastung erteilt.

Den Antrag *Alt*, die Jahresversammlung künftig auf 3 Tage auszudehnen und am dritten Tage ausschließlich Themata aus der praktischen Fürsorge der Geisteskranken zu behandeln, begründet *Weygandt*-Hamburg. Es sei Zweck der Gründung des Vereins gewesen, Standesfragen und Gegenstände aus der praktischen Irrenpflege zu erörtern. Eine Reiseunterstützung werde wenigstens in Preußen nur in der Voraussetzung gewährt, daß praktische Fragen der Irrenpflege zur Behandlung kommen, und deren Zusammenlegung auf einen Tag empfehle sich schon deshalb, weil die



Teilnahme dann für diejenigen leichter sei, die, ohne Psychiater zu sein, sich gerade für die praktischen Fragen interessierten, wie z. B. die Landesräte. *W.* schlägt vor, statt „am dritten Tage" zu sagen: „möglichst an einem der 3 Tage.

Der Vorstand empfiehlt der Versammlung folgende Fassung: „Die Jahresversammlung versuchweise im nächsten Jahre auf 3 Tage auszudehnen und möglichst an einem derselben Themata aus der praktischen Fürsorge der Geisteskranken zu behandeln".

Zinn-Eberswalde: Eine Ausdehnung unserer Jahresversammlung auf 3 Tage, zu denen dann in der Regel noch ein vierter Tag für Besichtigungen von Anstalten usw. hinzutreten würde, erscheint mir weder wünschenswert noch notwendig, und ich kann die angeführten Gründe als stichhaltig nicht anerkennen. Ich habe, so lange ich mich an dieser Versammlung beteilige, nicht den Eindruck gewinnen können, daß die praktische Irrenfürsorge, sooft und soweit sie sich hier zum Wort gemeldet hat, jemals zu kurz gekommen ist. Ebenso glaube ich dessen sicher zu sein, daß, falls in Zukunft häufiger als bisher Fragen der praktischen Irrenfürsorge hier zum Vortrag gebracht werden sollten — was ich sehr begrüßen würde —, auch innerhalb zweier Sitzungstage ausreichend Zeit zur Aussprache zur Verfügung gestellt werden kann und wird. Die Teilnahme von Verwaltungsbeamten speziell an diesen Verhandlungen kann uns nur willkommen sein, aber um ihnen Zeit zu ersparen, genügt es, wenn im endgültigen Programm eine Sitzung bezeichnet wird, in der diese Fragen behandelt werden, so daß sich die Herren danach einrichten können. Was ferner die Reisebeihilfen anlangt, so werden sie schon jetzt von den meisten Provinzialverwaltungen und den zuständigen Behörden in größerem oder geringerem Umfange gewährt, und, soweit dies noch nicht der Fall ist, steht zu hoffen, daß die, die es noch nicht tun, dem guten Beispiel der Mehrzahl bald folgen werden, denn die Teilnahme an der Jahresversammlung ist in gleichem Grade wichtig und wertvoll, mögen die Verhandlungen bald mehr wissenschaftliche, bald mehr praktische Fragen behandeln.

Ich kann mich aus den angeführten Gründen mit dem Antrag *Alt* nicht befreunden, um so weniger, als mir der Vorschlag, „den dritten Tag ausschließlich der praktischen Irrenfürsorge vorzubehalten", auch noch die Gefahr einer gewissen Zersplitterung und Sondergruppierung in sich zu tragen scheint.

Ich bitte Sie danach, den Antrag *Alt* abzulehnen und es bei dem bisherigen Gebrauch zu belassen.

Friedländer-Hohe Mark bittet ebenfalls, die Versammlung auf 2 Tage zu beschränken.

Der Antrag *Alt* wird abgelehnt, dagegen der Anregung zugestimmt, Themata aus der praktischen Fürsorge für Geisteskranke möglichst auf einen Tag zu legen.



Der Verein Bayrischer Psychiater hat an den Deutschen Verein für Psychiatrie den Antrag gestellt, es möge eine statistische Kommission eingesetzt werden mit der Aufgabe, dem Verein Vorschläge für eine zeitgemäße Änderung der Statistik der Irrenanstalten zu machen.

Vocke-Eglfing begründet diesen Antrag kurz mit dem Hinweis, daß die gegenwärtige Statistik dem Stand der Wissenschaft nicht mehr entspreche und daher wertlos sei. In Bayern hat das Ministerium auf die Bitte des Vereins Bayrischer Psychiater die Ausfüllung und Vorlage der meisten Tabellen bis auf weiteres erlassen. Es werden nurmehr die beiden Tabellen über die allgemeine Krankenbewegung und über die Sterbefälle ausgefüllt und vorgelegt. Die Lücke muß selbstverständlich im Lauf der Zeit durch eine zeitgemäße Änderung der Statistik geschlossen werden. Die Statistik der Irrenanstalten ist ein Teil der Reichsstatistik, und der Deutsche Verein für Psychiatrie ist das berufene Organ, in dieser Richtung eine Änderung der Reichsstatistik herbeizuführen. Es unterliegt keinem Zweifel, daß die Sache auf Schwierigkeiten stoßen und Zeit erfordern wird, vor allem wegen der voraussichtlich schwierigen Einigung über die Klassifikation der Geisteskrankheiten. Um so mehr ist es nötig, daß unverzüglich an die Vorarbeiten herangegangen und zu diesem Zweck eine Kommission gewählt wird, welcher sowohl Vertreter des Lehrfaches als der praktischen Psychiatrie angehören. Die Tatsache, daß der Deutsche Verein für Psychiatrie sich bereits mit den Vorarbeiten für eine Statistikänderung beschäftigt, wird auch die vorgesetzten Verwaltungsbehörden in den anderen Bundesstaaten veraussichtlich dazu geneigt machen, einstweilen auf die Ausfüllung der bisherigen Tabellen zu verzichten.

Max Laehr-Haus Schönow bittet auch um Berücksichtigung der neurologischen Diagnostik.

Der Vorstand schlägt eine Kommission von 5 Mitgliedern vor. Der Antrag wird angenommen und in die statistische Kommission die Herren *Cramer*-Göttingen, *Fischer*-Wiesloch, *Kraepelin*-München, *Mercklin*-Treptow und *Vocke*-Eglfing gewählt.

Der Antrag *Aschaffenburg*-Köln: „Der Vorstand des Vereins möge sich künftig mit dem Vorstand der Internationalen kriminalistischen Vereinigung in Verbindung setzen, um eine Verabredung über Ort und Zeit der Jahressitzungen zu treffen", wird angenommen mit dem Vorschlag des Vorstandes, für diesmal den Vorstand der Intern. Kriminal. Vereinigung nachträglich von den Beschlüssen unserer Versammlung über Ort und Zeit der nächsten Jahresversammlung zu unterrichten.

Die Standeskommission beantragt a) die im Auftrage der Standeskommission ausgearbeitete Zusammenstellung der Gehalts- und Anstellungsverhältnisse der Ärzte an den deutschen Heil- und Pflegeanstalten für Psychisch-Kranke den Verwaltungen und Regierungen mit-



zuteilen und dabei b) zu erklären, es sei wünschenswert, allen Abteilungs- oder Anstaltsärzten allmählich höhere Bezüge und Einkünfte ähnlich wie den Oberärzten zukommen zu lassen.

Siemens berichtet über die Arbeiten der Standeskommission: Entsprechend dem Beschluß der Jahresversammlung 1910 ist im Auftrage der Kommission vom Kollegen *Schröder*-Altscherbitz eine Zusammenstellung der Anstellungs- und der Gehaltsverhältnisse der Anstaltsärzte ausgearbeitet und in der Psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift sowie in *Laehrs* Buch über die deutschen Anstalten für Psychisch-Kranke veröffentlicht worden. Der Kollege *Fischer*-Wiesloch regte an, die Zusammenstellung je in einem Abdrucke den Regierungen, Provinzial- und Kreisverwaltungen mitzuteilen. Um dies nachzuholen, stellt die Standeskommission den Ihnen vorgelegten Antrag. Als eine Erweiterung dieses Antrags hat Kollege *Cramer* angeregt: zu beantragen, daß die materielle Stellung der „Anstalts"- oder „Abteilungs"ärzte gebessert werde. Dahin zielt unser Antrag 2. Hierzu will Herr *Cramer* selbst eine Begründung geben.

Cramer-Göttingen hält es für erforderlich, die Zwischenstellen materiell unabhängig zu gestalten.

Zinn-Eberswalde: Der erste Teil des vorliegenden Antrages der Standeskommission dürfte wohl allgemeiner Zustimmung sicher sein, nicht so der zweite Teil. Sein Wortlaut erklärt es für „erforderlich", die Bezüge der Anstaltsärzte denen der Oberärzte allmählich gleichzumachen. Wenn damit lediglich gemeint sein soll, die Anstaltsärzte in den Endbezügen ihres Gehalts den Oberärzten allmählich gleichzustellen, so dürften dagegen wesentliche Bedenken nicht bestehen. Dieser Forderung ist ja vielfach schon Rechnung getragen. So besteht für die Provinz Brandenburg die Bestimmung, daß jeder Anstaltsarzt, falls er nach 6 Jahren nicht Oberarzt geworden ist, für seine Person zum Oberarzt mit den entsprechenden Gehaltsbezügen befördert werden kann, auch wenn etatsmäßige Oberarztstellen nicht frei sind. Bisher ist es zu einer solchen Beförderung allerdings noch nicht gekommen, da bei der stetigen Vermehrung der Oberarztstellen die Beförderung immer schon vor Ablauf des genannten Zeitraumes erfolgt ist.

Der Antrag erhält aber eine ganz andere und viel weitergehende Beurteilung, sobald die geforderte Gleichstellung der Anstaltsärzte mit den Oberärzten auch auf das Anfangsgehalt der Anstaltsärzte übertragen wird. Es würde das z. B. für die Provinz Brandenburg eine Erhöhung um 1000 Mark bedeuten. Wie die Verhältnisse für die anderen Provinzen liegen, kann ich im Augenblick nicht übersehen, zumal der Antrag etwas überraschend kommt und eine Vorbereitung durch gegenseitige Aussprache nicht mehr möglich ist. Es greift der Antrag in seiner jetzigen Fassung aber auch direkt in die bestehenden ärztlichen Organisationen der Anstalten ein, die in den einzelnen Provinzen verschieden sind. Das scheint mir bedenklich und für den beabsichtigten Zweck nicht förderlich.

Und gerade weil ich in dem Streben nach Besserstellung der Ärzte an unseren Anstalten eine der wichtigsten Aufgaben eines Anstaltsdirektors erblicke, so möchte ich alles vermieden wissen, was den Erfolg stören könnte. Der Grundsatz nil nocere gilt auch hier. Ich fürchte, ein Antrag in vorliegender Fassung kann uns bei unseren Behörden mehr schaden als nützen; er wird auf die zuständigen Instanzen nicht den von uns erwünschten Eindruck machen und so unsere Bemühungen vielleicht noch erschweren. Ich möchte daher die Herren Antragsteller bitten, den zweiten Teil ihres Antrages zurückzuziehen oder ihm eine Fassung zu geben, die den geäußerten Bedenken Rechnung trägt.

Vocke-Eglfing bittet, den Antrag der Standeskommission anzunehmen. Bei der ausgesprochenen, durchaus begründeten Neigung, große Anstalten zu bauen, wird die Zahl der Oberärzte in leitenden Stellungen immer geringer, und es ist dringend wünschenswert, daß die älteren Anstaltsärzte die Möglichkeit haben, höhere Endgehälter zu erreichen. In Oberbayern ist dem bereits Rechnung getragen. Die Anstalt Eglfing hat zwei leitende Oberärzte mit 5400—7800 Mark Gehalt, drei Anstaltsärzte, welche den Titel „Oberarzt" haben, mit 4800—7200 Mark Gehalt und vier Anstaltsärzte mit einem Gehalt von 3000—6000 Mark.

Simon-Warstein: Einer völligen Gleichstellung aller fest angestellten Anstaltsärzte kann ich nicht das Wort reden, weil, zum mindesten an den großen Anstalten, die an die einzelnen Ärzte zu stellenden Aufgaben sehr verschieden sind. Wenn ich Herrn Kollegen *Vocke* richtig verstanden habe, gibt es gerade an der von ihm geleiteten Anstalt nicht nur zwei, sondern sogar drei verschiedene Dienststellungen mit verschiedener Besoldung zwischen den Assistenzärzten und dem Direktor. Ich glaube, daß man mit zwei auskommen kann. Jedenfalls müssen aber dem Direktor zur unmittelbaren Mitarbeit bei der Leitung der Anstalt, besonders aber auch in verwaltungstechnischer Hinsicht, zwei bis drei auch in Verwaltungsangelegenheiten erfahrene Kollegen zur Seite stehen, und diese müssen auch durch ihre Dienststellung und dienstliche Bezeichnung in der Anstalt herausgehoben werden (Oberärzte).

Hierbei sollte es sich aber in der Hauptsache um eine Unterscheidung in der dienstlichen Stellung und nicht im Endgehalt handeln. Ich bin auch bei unserer vorgesetzten Behörde, leider mit geringem Erfolg, dafür eingetreten, daß die Endgehälter der Abteilungsärzte nur um einen geringen Betrag niedriger bemessen werden sollten als die der Oberärzte. Im Anfangsgehalt der Oberärzte und der Abteilungsärzte kann schon deshalb kein größerer Unterschied bestehen, weil diejenigen Herren, welche in die Oberarztstellung einrücken, wohl regelmäßig schon ein höheres Dienstalter als Abteilungsarzt erreicht haben.

Der Vorsitzende stellt fest, daß die Standeskommission im zweiten Punkt ihres Antrags die Endbezüge der Abteilungs- und Anstaltsärzte im Auge gehabt hat.



Der Antrag wird nunmehr angenommen.

Siemens-Lauenburg fährt fort: Wer die Ausführungen im Psychiatrischen Verein zu Berlin gelesen hat, sollte meinen, daß die Standeskommission nun noch mit Anträgen kommen müßte bezüglich der Angriffe in der Presse, welche in letzter Zeit wieder einmal gegen uns Psychiater gerichtet sind. Aber die Standeskommission hat geglaubt, zurzeit davon absehen zu müssen. Persönliche Angriffe wird nach wie vor jeder selbst zurückweisen müssen, oder seine vorgesetzte Behörde wird für ihn Schritte tun. Was den behaupteten Mangel der gesetzlichen Bestimmungen betrifft, so ist die Sache im Fluß; in Baden ist ein Irrengesetz erlassen, in Bayern wird eine Erweiterung der gesetzlichen Bestimmungen erwogen, und in Preußen hat die Budgetkommission des Abgeordnetenhauses der Justizkommission einen Antrag überwiesen, der den Erlaß eines Irrengesetzes fordert. Wir können abwarten, was herauskommen wird, und wir haben in unserer Justizkommission die Kräfte, welche sich rechtzeitig darum bekümmern werden. Was die Beziehungen der Presse anlangt, so hat Herr *Friedländer* bereits die Güte gehabt, mit dem deutschen Presseverein zu verhandeln; weitere gemeinsame Erörterungen sind in Aussicht genommen.

Sie sehen also m. H., daß die Sachen in guten Händen, sind und daß heute weitere Beschlüsse nicht nötig erscheinen.

Bei der nun folgenden Wahl des Vorstandes werden die Herren *Cramer*-Göttingen und *Kraepelin*-München durch Zuruf wiedergewählt und nehmen die Wahl an.

Siemens-Lauenburg i. P.: Die Errichtung eines biologischen Forschungsinstituts über die körperlichen Grundlagen der Geisteskrankheiten.

M. H.! Angesichts der allmählich bis ins Unerträgliche steigenden Kosten, welche die Allgemeinheit für das Irrenwesen aufbringen muß, erscheint es als unsere dringendste Pflicht, auf Abhilfe zu sinnen. Nicht die Konstruktion von kostspieligen Anstaltsneubauten oder das Ausdenken von neuen Verpflegungsformen für die Geisteskranken kann auf die Dauer uns und unser Volk befriedigen; wir müssen dem Übel an die Wurzel zu kommen suchen.

Der Prozentsatz der Geisteskranken innerhalb der Bevölkerung ist gegen früher nicht erheblich gewachsen. Die Bevölkerungsziffer selbst steigt, und es tritt bei den sozialen Verhältnissen der Neuzeit jetzt eher wie früher die Notwendigkeit ein, die Geisteskranken der Anstaltpflege zu übergeben. Auch werden die Kranken jetzt besser erkannt wie früher.

Da die Heilungsergebnisse der Anstalten leider keine großen sind, so häufen sich in den Anstalten die Unheilbaren an, und der Bestand wächst andauernd. Der Zustand wird immer unbefriedigender.



An Vorschlägen zur Abhilfe fehlt es nicht. Letzthin hat mein Kollege Herr *Mercklin*-Treptow a. R. unserer Verwaltungsbehörde vorgeschlagen, es möchte durch ein Merkblatt die Bevölkerung aufgeklärt werden über die drei Hauptursachen der Geisteskrankheit. Es ist vielfach, besonders auf dem Lande, noch unbekannt, wie schädigend der übermäßige Alkoholgenuß auf die Nachkommenschaft wirkt, daß die Syphilis, wenn sie nicht ständig überwacht und behandelt wird, Träger und Nachkommen am Nervensystem schädigt, und daß Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptische nicht heiraten dürfen. Es soll versucht werden, durch das Merkblatt breite Volksschichten aufzuklären. Die Konferenz der preußischen Landesdirektoren wird sich in diesem Sommer mit der Frage befassen.

Aber alle solche Maßnahmen versprechen wenig Nutzen. Der letzte Grund der üblen Lage ist doch immer der, daß wir noch nicht wissen, durch welche krankhaften inneren Vorgänge im Körper jene Schädlichkeit entsteht, welche auf das Gehirn den unheilvollen Einfluß ausübt.

Was ist der krankhafte Grundvorgang bei der Seelenstörung, insbesondere bei jener Form der Störung, welche uns die meisten Kranken in die Anstalten liefert und dauernd darin festhält, der zurzeit noch sogenannten Dementia praecox? Und weiter der manisch-depressiven Seelenstörung, und all der anderen Misch- und Übergangsformen? Und wodurch entsteht die sogenannte genuine Epilepsie? Was ist die Grundkrankheit der präsenilen Angstpsychose — und so fort? — — Denn: Beängstigung, Aufregung, Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen, Verbigerieren, katatone Züge, Inkohärenz, Delirien, schwere Bewußtseinsstörung mit Amnesie usw. sind doch nur die äußeren Symptome und Symptomenkomplexe, wie etwa Husten und Bruststiche bei der Lungenkrankheit (wie *Cramer* schon richtig gesagt hat)! Wir standen und stehen bisher bei den sogenannten endogenen Geistesstörungen dunklen Vorgängen gegenüber, wir kennen den Grundvorgang nicht. Was nutzt uns all der Bienenfleiß, mit dem in den letzten Jahrzehnten die Symptomenkomplexe der Seelenstörungen voneinander abgegrenzt wurden, was der Eifer, mit dem immer neue Symptome und Symptömchen differenzialdiagnostisch gewertet und in den Vordergrund geschoben wurden? Unglaublich viele Fälle sind genau beschrieben, abgegrenzt und eingeteilt worden, immer neue Schränke mit vielen Fächern sind damit gefüllt worden — lauter Material für den „Juliusturm der Wissenschaft“!

„Typisch“ sollen die Fälle sein für diese oder jene Form, wird behauptet. Dabei denkt sich jeder als „typisch“ etwas anderes, das, was er gerade beobachtet hat, und was sich ihm nach einigen Jahren vielleicht anders vorstellt.

Man wird bei den Psychosen auseinanderhalten müssen: a) die mehr elementaren Störungen, welche die — uns noch unbekannte — Grundkrankheit im Körper verursacht, also z. B. Angst, Halluzinationen, Auf-



regung, Hemmung, katatone Erscheinungen, Delirien — einerseits, und andererseits: b) jene Symptome geistiger Art, welche aus der Verarbeitung dieser krankhaft-elementaren Störungen durch die Psyche entstehen. Die Bilder, welche daraus hervorgehen, werden sehr verschieden sein. Es gibt ja auch nicht zwei Menschen, welche dieselbe Psyche haben, und wären es Zwillinge. Alle sind verschieden geartet und veranlagt. Der Bewußtseinsinhalt, das mehr oder weniger hoch entwickelte geistige Leben ist bei den Menschen zu sehr verschieden, und verschieden wird die Art sein, wie sie sich mit der inneren krankhaften Störung abfinden, sie verarbeiten und das nach außen hin erkennbar machen. Daher sind die Formen und Fälle individuell verschieden; jeder Mensch hat seine eigene Psychose (wie er ja auch seinen eigenen Rausch hat, was man bei jeder Kneiperei oder bei jeder Cloroformnarkose sehen kann). Daher kommen dann die verschiedenen Auffassungen der Beobachtung.

Wie kommen nun die krankhaften Elementarstörungen zustande? Daß man sie durch gewisse Nervengifte unmittelbar hervorrufen kann (Alkohol, Ergotismus, Pellagra), daß sie durch Kopfverletzung entstehen können, das wußte man schon. Aber durch was entstehen sie genuin (wie man jetzt noch sagt)?

Kraepelins hellem Blick verdanken wir viel. Als er uns lehrte, Verlauf und Ausgang dieser Störungen als Ganzes zu überschauen und das den bunten Zustandbildern Gemeinsame zu erkennen — ähnlich wie wir das bei der fortschreitenden Paralyse schon kennen gelernt hatten —, sprach er (und andere mit ihm) die Vermutung aus, daß es abnorme innersekretorische Vorgänge seien, welche der Störung zugrundeliegen.

Das Studium der inneren Sekretion der verschiedenen Drüsen hat uns inzwischen schon einigen Lichtschein gebracht. Die Bedeutung der Schilddrüse, der Hypophysis cerebri, der Zirbeldrüse, der Epithelkörperchen, der Nebennieren, der Thymusdrüse, des Pankreas, der Leber, der Ovarien und Hoden fängt man jetzt an, in ihrer Wirkung und besonders ihrer Wechselwirkung zu untersuchen und zu begreifen. Die Erfahrungen beim Kretinismus, beim Myxödem, bei der Kachexia strumipriva, bei der Basedowschen Krankheit, bei der Akromegalie, der Tetanie u. a. geben uns wichtige Fingerzeige. Hier liegt das Gebiet, dessen Erforschung mit Hilfe der biologischen Chemie, der Serologie und der experimentellen Therapie uns weitere Erkenntnis bringen wird. Und mit der Erkenntnis, so dürfen wir hoffen, auch Mittel zur Vorbeugung und zur Heilung!

Das mag manchem heute noch als ein Phantasma vorkommen. Aber wir verfügen doch schon jetzt über recht beachtenswerte klinische und experimentelle Tatsachen. Es würde zu weit führen und Ihnen nichts Neues bringen, wollte ich hier ein Referat über die Funktions- und Ausfallerscheinungen sowie die Wechselbeziehungen der einzelnen Drüsen mit



innerer Sekretion zu geben versuchen. Es finden sich in unserer neuesten medizinischen Literatur interessante Arbeiten, die hierher gehören (*Fleischmann*, *Chvostek*, *Münzer*, *Ascoli* u. *Legnoni*, *Biach* u. *Hulles* u. a.).

Auch von den Psychiatern sind schon interessante Vorversuche gemacht worden, so von Prof. *Berger* in Jena an sich selbst, von *Much* u. *Holzmann* mit ihrer Kobragiftreaktion u. a.

Einfach ist das Problem nicht. Es waltet wohl nicht bei allen Psychosen derselbe Vorgang ob. Es werden viele Kombinationen in den Wechselwirkungen und in ihrer Störung vorkommen, wie es ja auch z. B. beim Diabetes, der Störung im Zuckerhaushalt, verschiedene Arten und Verlaufsformen gibt.

Unsere ganze Entwicklung von klein auf, körperlich und geistig, steht ja unter der Wechselwirkung der innersekretorischen Drüsen. Exstirpation der Thymus bei ganz jungen Tieren bewirkt Zurückbleiben in der Entwicklung. Der Wuchs, der Knochenbau wird von dem Hirnanhang beeinflußt (Akromegalie). Fehlen oder Entartung der Schilddrüse hat die bekannten Erscheinungen zur Folge. Entfernung oder Verkümmerung der Geschlechtsdrüsen übt gewisse Hemmungen bei der Entwicklung aus. Schwere Störung der Leberfunktion im Kindesalter kann Zurückbleiben im Körperwachstum und Fehlen der Pubertätsentwicklung bewirken [1]).

Bei der „Dementia praecox“ genannten Störung, die im jugendlichen Alter auftritt, findet man oft bleibenden infantilen Habitus. Bei der Sektion solcher Fälle habe ich oft Vermehrung des interlobulären Bindegewebes mit einer eigentümlich dunklen Färbung der Lebermasse angetroffen. — Der Zusammenhang von Leberstörungen mit Geisteskrankheiten war schon den Alten bekannt.

Die oft sehr auffallenden Störungen der Körperernährung — die zeitweilige unerklärliche Abmagerung, dann wieder die starke Fettansammlung, die wir nicht selten bei demselben Individuum im Verlauf seiner Psychose beobachten — sind kaum anders als durch eine Veränderung der inneren Sekretion zu erklären. Man denkt dabei u. a. an die bekannt gewordenen Wechselbeziehungen zwischen Leber, oberer Dünndarmschleimhaut und Pankreas u. ähnl.

Auch der Speichelfluß mancher Katatoniker läßt an solche Störungen denken. — Die Muskelspannungen der Katatoniker, die Steigerung der idiomuskulären Erregbarkeit, die fibrillären Muskelzuckungen mancher älterer, besonders weiblicher Verblödungskranker, die an Paralysis agitans erinnernden Zuckungen, die choreatischen Störungen mancher Verblödungs-

[1]) Einen solchen Fall habe ich miterlebt: nach schwerer Mischinfektion bei Masern trat zuerst langjährige Schwellung, dann Schrumpfung des interlobulären Lebergewebes ein. Der junge Mensch blieb im Wachstum und in der Pubertätsentwicklung auffallend zurück und starb im 18. Lebensjahre. Jede geistige Abnormität fehlte in diesem Fall.



kranker beruhen vielleicht auf Störungen im Bereich der Epithelkörperchen und ihren Wechselbeziehungen. Krämpfe finden wir ja sehr häufig bei den Verblödungskranken, von leichtester Art bis zu schwersten epileptischen Anfällen.

Seitdem wir darauf achten, finden wir im späteren Verlauf bei jedem Fall unserer Verblödungskranken krankhafte Veränderungen im Rückenmark, ähnlich den Veränderungen, wie wir sie bei der Dementia paralytica, beim Ergotismus, bei der Pellagra finden. Ich habe an Herrn Prof. *Alzheimer* bereits einige Präparate geschickt; er wird später die Güte haben und die Befunde mitteilen.

Auf innere sekretorisch-regulatorische Störungen deutet auch die Tatsache hin, welche wir bei manchen Verblödungskranken beobachten, nämlich der — zuweilen fast tägliche — Wechsel in Stimmung und Verhalten: heute aufgeregt und halluzinierend, morgen geordnet oder gehemmt und deprimiert. Auch bei der Paralyse kann man den Wechsel beobachten. Im Vordergrund des Krankheitbildes steht bekanntlich dieser Wechsel beim manisch-depressiven Irresein. Aber wie oft haben diese Manisch-depressiven auch nebenbei katatonische Symptome, vasomotorische und trophische Abweichungen u. a. — Vielleicht sind das alles nur Modifikationen und Kombinationen der Störungen in den Wechselbeziehungen innersekretorischer Organe, deren Erforschung erst Licht in diese, in ihrem Wesen bisher noch unbekannten Krankheiten bringen wird.

Die sogenannten degenerativen Anlagen, die Psychopathien u. a., sind vielleicht nur rudimentäre innersekretorische Störungen regulatorischer Organe, auf ererbter oder erworbener Anlage beruhend.

Die Dementia paralytica ist vielleicht nur eine durch das syphilitische Virus in ihrem Verlauf beschleunigte und modifizierte Dementia praecox, und die paralytischen Anfälle haben denselben Wert wie die epileptischen Anfälle bei der Dementia praecox. Daß die sogenannte genuine Epilepsie auf der Bildung von Giftstoffen — auf innersekretorischen Störungen — beruht, darüber hat wohl niemand mehr einen Zweifel, desgleichen die Eklampsie u. a.

Es ist eine bekannte klinische Tatsache, daß beim Aufhören der Ovarialfunktion und im Klimakterium auch bei geistig sonst ganz gesunden Frauen nervöse Beschwerden auftreten: Herzklopfen, Wallungen zum Kopf, Schwindelgefühl, Ohrensausen, Ohnmachten, vermehrte Reizbarkeit, Angst bis zur leichten Psychose. Hieran ist wahrscheinlich doch das Schwinden — der Ausfall — der Ovarialhormone schuld. Vielleicht sind das ähnliche Störungen, wie sie bei der sogenannten präsenilen Angstpsychose und bei der klimakterischen Psychose vorliegen. Von einer Wechselwirkung der Ovarien und Hoden auf die Hypophysis und die Zirbeldrüse ist schon allerlei bekannt. — Auffallend oft findet man bei länger an Dementia praecox Leidenden Psammome in der Zirbeldrüse. Mein Großvater, der alte Ruer (der erste Direktor der westfälischen Anstalt Marsberg) hatte ein ganzes Kästchen von solchem „Gehirnsand“.



Kurz, wohin wir sehen, stoßen wir bei unseren Kranken auf abnorme Vorgänge in innersekretorischen Organen, deren Erforschung uns Licht in das bisher noch herrschende nosologische Dunkel der Psychosen zu bringen verspricht. Die chemisch-pharmazeutische Industrie hat sich der Organe bereits bemächtigt und vertreibt die Präparate zur Organtherapie, trotzdem daß die exakte biologische Erforschung noch aussteht.

Ihre Erforschung scheint mir das nötigste zu sein, was für die Psychiatrie geschehen muß, und nicht nur für die Psychiatrie, sondern für den Staat, der sich der vielen Kranken kaum noch erwehren kann, und der unter den großen Kosten für die Irrenpflege schwer leidet.

M. H.! Ich bin so ausführlich geworden, nicht weil ich Ihnen viel Neues sagen mußte — Sie kennen das alles ebenso gut und besser als ich —, sondern weil wir den Behörden gegenüber, an die wir uns wenden müssen, und der Allgemeinheit eine Begründung unserer Forderung geben müssen. Unser Verein muß den Anstoß dazu geben, daß ein biologisches Forschungsinstitut für die Grundlage der Seelenstörungen errichtet wird. Die vielen Tausende von Kranken, die dem Staat zur Last fallen, die großen Kosten, welche die Allgemeinheit für die Geisteskranken und die Anstalten aufbringen muß, schreien nach solcher Forschung.

Unsere provinzialen und kommunalen Irrenanstalten können diese Forschung nicht leisten. Sie sind mit so vielen Geschäften der Verwaltung, der symptomatischen Behandlung, der Verpflegung, Beschäftigung und Begutachtung der Kranken überlastet. Die psychiatrischen Kliniken sind meist nur Durchgangstationen und haben zu dem anderen auch noch die Lehraufgabe und die Lehrmeinung.

Es bedarf eines besonderen, großzügigen, biologischen und experimentell-therapeutischen Forschungsinstituts, am besten in der Großstadt, mit der Möglichkeit, sich aus den Anstalten des Landes die geeigneten Fälle auszuwählen.

Wer soll es errichten? — Ich habe mich, zunächst privatim, an die Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften gewandt mit der Frage, ob Aussicht wäre, daß sie ein solches Institut errichten würde. Exzellenz Harnack antwortete, daß seines Erachtens der Staat verpflichtet wäre, es aus seinen Mitteln zu gründen. Die Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft sei in Erwägungen über die Errichtung eines Instituts für Hirnforschung begriffen und erörtere auch die Frage, ob und in welchem Umfang sie der psychologischen Forschung entgegenkommen solle.

Das aber kann uns nicht viel helfen, wir brauchen ein biologisches Forschungsinstitut. Auch die Erfüllung des *Sommer*schen Vorschlags (einer besonderen Abteilung beim Reichsgesundheitsamt) wird uns kaum weiter bringen. *Dobrick* („Die Not der Psychiatrie") denkt sich sicherlich etwas ähnliches wie ich.



Im Reichstag ist der Antrag gestellt, für die Erforschung der Maul- und Klauenseuche ein Forschungsinstitut zu errichten — natürlich auf Reichskosten. Ist aber das biologische Forschungsinstitut für die Geisteskrankheiten nicht unendlich viel wichtiger? — Wo sind die reichen Stifter, die die Mittel dazu hergeben!? Ich denke hier in erster Linie auch an die chemisch-pharmazeutische Industrie.

Zum Schluß, m. H., noch eins.

Die Frommen im Lande werden wieder zetern über die materialistischen Ärzte. Aber wir sind nicht materialistisch. Wir halten es mit Goethe: Das Erforschliche zu erforschen und das Unerforschliche zu verehren! Der menschliche Geist bedient sich der Körperorgane, des Gehirns und der Nerven, um sich zu äußern und zu betätigen. Ist das Gehirn und die Nerven krank oder verkümmert, so sind die seelischen Äußerungen krankhafte und mangelhafte. Das sind Tatsachen. Zu erforschen das, was Gehirn und Nerven krank macht, ist unsere Aufgabe. Den unerforschlichen Geist wollen wir verehren!

Beschließen Sie und beauftragen Sie Ihren Vorstand, an die Behörden und Gesellschaften heranzutreten wegen Errichtung eines biologischen Forschungsinstituts für die körperlichen Grundlagen der Geisteskrankheiten!

Diskussion. — *Kraepelin*-München: Daß ein psychiatrisches Forschungsinstitut ein reiches Feld der Betätigung finden und sehr segensreich wirken könnte, unterliegt keinem Zweifel. Wie es aber einzurichten und nach welchen Richtungen es auszubauen wäre, bedarf sehr gründlicher Erwägung. Es dürfte am zweckmäßigsten sein, wenn der Vorstand des Vereins mit der Aufgabe betraut wird, ein bestimmtes Programm über diese Fragen auszuarbeiten.

Der Verein beschließt, seinen Vorstand zu beauftragen, geeignete Schritte zu erwägen zur Errichtung eines biologischen Forschungsinstituts über die körperlichen Grundlagen der Geistesstörungen.

Gegenüber dem Vorschlage des Vorstandes, die nächste Jahresversammlung in Göttingen vom 24. bis 26. April abzuhalten, empfiehlt *Neißer*-Bunzlau Breslau als Ort der nächsten Versammlung. Die Versammlung entschließt sich für Breslau und die Zeit um Pfingsten; die nähere Bestimmung bleibt dem Vorstand überlassen. Als Referate werden, entsprechend dem Beschluß des Vorstandes, festgesetzt: 1. Geminderte Zurechnungfähigkeit (Ref. *Aschaffenburg*-Köln und *Wilmanns*-Heidelberg); 2. Psychiatrie und Fürsorgeerziehung (Ref. *Cramer*-Göttingen).

Rittershaus-Hamburg: Zur Psychologie der weiblichen Ausnahmezustände.

Vortr. berichtet über psychologische Versuche an Menstruierten. Bei Ermüdungsversuchen mit dem *Weiler*schen Arbeitschreiber zeigte sich oft ein bedeutend früherer und steilerer Abfall der Kurve, oder gegen Ende





der Kurve erschienen große Schwankungen, wohl infolge plötzlicher Willensantriebe, fast immer jedoch war — oft als einziger Unterschied gegenüber dem Normalen — ein früheres Aufhören der Kurve zu bemerken. Letzteres würde nach der bekannten Theorie, nach der die Größe der einzelnen Arbeitleistungen von muskulären, ihre Anzahl aber von zentralen Einflüssen abhängig sei, auf eine Steigerung der zentralen Ermüdbarkeit zurzeit der Menstruation hinweisen. In einem Falle ähnelte jedoch die Menstruationskurve augenscheinlich der bekannten Kurve bei Unfallhysterikern, die unter der Autosuggestion der eigenen Insuffizienz nicht mit voller Kraft arbeiten, infolgedessen keine Ermüdungs-, aber auch keine Erholungserscheinungen zeigen, dabei aber auffallend lange zu arbeiten vermögen („wurmförmiges Dahinkriechen der Kurve" nach *Buddee*). — Die Versuche mit fortlaufender Addition nach *Kraepelin* ergaben zum Teil ähnliche Resultate. jedoch waren hier die Befunde oft nicht ganz einwandfrei, anscheinend erschweren noch nicht genügend bekannte psychische Momente die Anwendung dieser Methode bei weiblichen Versuchspersonen bis zu einem gewissen Grade. — Die außerordentliche Erhöhung der Affekterregbarkeit läßt sich gut nachweisen und in Kurven darstellen durch die Methode der „Komplexforschung", die vom Vortr. etwas modifizierte Anwendung der sogenannten „Tatbestanddiagnostik" vermittels des Assoziationsexperiments nach Art der Züricher Schule. Es zeigte sich bei der mannigfachsten Versuchsanordnung, bei Anwendung gleicher und verschiedener Reizschemata, bei wenigen und vielen Komplexreizen, leichten und starken, bei Vornahme der Vergleichsversuche vor oder nach der Menstruation usw., trotz des Faktors der Gewöhnung eine deutliche Steigerung der Komplexempfindlichkeit, sowohl während der Menstruation — besonders am ersten Tage — als auch oft in der prämenstruellen Zeit. — Das gleiche in noch viel höherem Grade fand sich bei einer Reihe von unehelich Schwangeren der Erlanger gynäkologischen Klinik, wobei es ganz gleichgültig war, ob die Versuch in der Mitte oder gegen Ende der Schwangerschaft, einen oder mehrere Tage nach der Geburt vorgenommen wurden. Die Entbindung selbst hatte keinerlei Einfluß, etwa im Sinne einer Lösung der Affektspannung. — Ähnliche Befunde sind vielleicht auch in den übrigen Ausnahmezuständen des weiblichen Geschlechts zu erwarten, in der Pubertät (Backfischalter) und im Klimakterium. Die hochgradige Affektlabilität ist nun aber nach den Untersuchungen von *Jung-Riklin* — die Vortr. durchaus bestätigen konnte — charakteristisch für Hysterie, so daß man vielleicht, cum grano solis natürlich, sagen kann, daß die meisten Frauen zu jenen Zeiten etwas hysterisch sind. — Gewissermaßen die Probe hierauf gab die Kurve einer schwangeren Hysterika, deren Komplexempfindlichkeit kaum noch zu überbieten war. — Die *Freud*schen Theorien sind zu all diesen Befunden natürlich weder Vorbedingung noch absolut notwendige Folgerungen. Irgendwelche praktische Konsequenzen — etwa in forensischer — aus diesen



Versuchen zu ziehen, wäre natürlich verfrüht; sie sind nichts als eine Fortsetzung der von *Wollenberg* begonnenen Bestrebungen, diese Zustände mit den exakten Methoden des psychologischen Experiments zu erforschen, und bedürfen selbstverständlich einer Nachprüfung und einer Ergänzung durch andere Methoden.

Diskussion. — *Ollendorff*-Schöneberg stehen keine Experimente zur Verfügung, aber es ist ihm in der Praxis aufgefallen, daß z. B. Damen von der Telephonie, die an traumatischer Neurose litten, gerade zurzeit der Menstruation sehr häufig eine Exazerbation ihres Leidens aufwiesen, und daß Hysterische auch meist gerade in dieser Zeit heftige Anfälle bekamen. Er fand ferner bei Untersuchungen an Selbstmörderleichen — sein Material entstammt der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde zu Berlin (Geh.-R. *Straßmann*) und umfaßt eine Zahl von 281 Selbstmördern, darunter 77 weibliche, in 5 Jahren —, daß sich 49,35 % der Selbstmörderinnen zur Zeit der Tat in der Steigerung eines physiologisch-psychischen Reizzustandes, der Menstruation, Gravidität oder Laktation befanden. Er erinnert daran, daß bereits im Jahre 1900 *Heller*-Kiel auf dieses wichtige Faktum, namentlich zur Berücksichtigung in der Frauenfrage, hingewiesen hat.

O. selbst hat diese Tatsache eingehend gewürdigt in einer Arbeit, die in der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin erscheinen wird und die Ursachen des Selbstmordes kritisch beleuchtet. Er würde es freudig begrüßen, wenn *Gaupp*-Tübingen in seinen Forschungen in der Selbstmordfrage auch Gewicht auf diese Frage legte und sein Material daraufhin prüfte.

Urstein-Warschau hat Steigerung der Affekte und Zunahme der Krankheiterscheinungen während der Menses bei mindestens 1000 darauf geprüften Fällen recht oft beobachtet. In einem Dutzend der Fälle aber ließ sich das Gegenteil beobachten. Patientinnen, die sonst ganz verwirrt waren, hatten gerade zur Zeit der Regel ihre besten und klarsten Tage. Manche fühlten sich vor der Periode am wohlsten. Oft blieben die Menses vor Ausbruch einer rezidivierenden Erregung aus und stellten sich nach Abklingen der Exaltation ein. Auch kommt es vor, daß Menses, die monate- und jahrelang ausgeblieben sind, im katatonen Stadium wiederkehren, ohne daß das psychische Befinden sich ändert, geschweige denn bessert. Von Interesse dürfte es sein, daß bei einzelnen Männern regelmäßig alle 4 Wochen für eine Dauer von 1 bis 2 Tagen eine Zunahme der Unruhe beobachtet werden konnte. Erwähnenswert ist, daß die Gravidität in prognostischer Hinsicht eher günstig als nachteilig gewirkt hat: oft ging die zu Hause lang bestehende depressive oder katatone Erkrankung mit dem Eintritt der Schwangerschaft plötzlich in temporäre Genesung über; andere Frauen fühlten sich gerade während der Gravidität am wohlsten. Wiederholt wurde notiert, daß die Katatonie nach einem Wochenbett auftrat, um erst nach dem Eintritt der nächsten, manchmal nach 2 bis 5 Jahren erfolgten Konzeption in temporäre Heilung überzugehen.



Rittershaus (Schlußwort) bemerkt, auf Beziehungen zu Psychosen einzugehen, sei nicht in seiner Absicht gelegen.

Pförringer-Hamburg: Tierversuche über den erblichen Einfluß des Alkohols.

Seit 1½ Jahren bekommt eine Reihe von Hunden fast täglich 100—200 ccm (25 bis 40 %) Äthylalkohol, je nach Größe des Tieres und Dauer der Verfütterung. Bei den alkoholisierten Tieren selbst waren die Haupterscheinungen auf körperlichem Gebiet: Zurückbleiben in der Entwicklung, die Zeichen organischer Schädigung des Zentralnervensystems und Frühgeburten; auf psychischem Gebiet: Stumpfheit, die geradezu an Verblödung erinnerte. Bei den Nachkommen alkoholisierter Tiere wurden epileptiforme Krämpfe, Früh- oder Totgeburten konstatiert. Die biologische Untersuchung des Blutserums und des Liquor cerebrospinalis ergab Herabsetzung der Resistenz der roten Blutkörperchen in mäßigem Grade; das hämolytische Komplement und der Normalambozeptor zeigte keine quantitative Veränderung gegenüber normalen Hunden. Die Wirkung bakterizider Rezeptoren auf Typhusbazillen war herabgesetzt, ebenso zeigte der opsonische Index sehr niedere Werte, die Herabminderung der antitryptischen Fermente des Serum läßt auf eine Allgemeinschädigung des Organismus schließen. Die Untersuchung auf diastatisches Ferment im Liquor bot nichts Wesentliches. Das biologische Verhalten des Serums und Liquors der Nachkommen alkoholisierter Tiere deutet nur in wenigen Fällen auf konstitutionelle Schädigungen hin. Die anatomische Untersuchung der Hunde ergab, neben akuten und chronischen Veränderungen im Großhirn, vor allem weitgehende Schädigungen des Kleinhirns, besonders bezüglich der *Purkinje*schen Zellen. Blutungen waren in allen Teilen des Zentralnervensystems nachweisbar. Veränderungen zeigten auch die Großhirnzellen alkoholfreier Nachkommen alkoholisierter Tiere. Die Versuche werden fortgesetzt.

Diskussion. — *Schröder*-Breslau füttert Kaninchen seit 3½ Jahren mit Alkohol. Er habe vorläufig Nachkommenschaft bis zur fünften Generation erzielt. Die Sterblichkeit der Tiere ist groß, die Nachkommenschaft wenig zahlreich. Auffressen des Wurfes ist viel häufiger wie sonst, die Jungen werden vernachlässigt, die Tiere gehen an Durchfällen zugrunde, ziehen sich durch Sturz usw. Frakturen und Verletzungen zu, erkranken an Rhinitis, Konjunktivitis (direkte Reizung durch Alkohol beim Fressen), an Otitiden, Hautkrankheiten mit Haarausfall. Bei mehreren Würfen kamen einige Tiere mit Katarakt zur Welt. Die späteren Generationen waren wiederholt sehr ungleich (einige gut entwickelt, andere sehr kümmerlich, die dann auch weiterhin erheblich zurückblieben). An die akuten Erkrankungen des chronischen Alkoholismus erinnernde Störungen sind, bisher wenigstens, nicht beobachtet worden; keine epileptischen Anfälle, keine als toxisch bedingt zu deutenden Lähmungen usw.



Kafka-Hamburg: Über Entstehung, Zirkulation und Funktion des Liquor cerebrospinalis. (Mit Demonstrationen.)

Vortr. berichtet über Versuche, die er zur Klärung verschiedener noch schwebender Fragen über den Liquor cerebrospinalis anstellte. Diese bestanden 1. in der subkutanen Eingabe von Lösung des höchst diffusiblen Farbstoffes Uranin an Frösche und Kaninchen mit oder ohne gleichzeitige Pilokarpininjektion und nach verschiedenen Zeiten erfolgender Sektion mit makroskopischer und mikroskopischer Betrachtung des Zentralnervensystems, besonders der Liquor enthaltenden Räume und der ihn sezernierenden Gewebe; 2. der Einverleibung per os von 6 bis 8 g Uranin (Ammoniakverbindung des Fluoreszin) an Psychisch-Kranke mit normalen und affizierten Meningen und Lumbalpunktion nach verschiedenen Zeiten, wobei auch in einigen Fällen Pilokarpininjektionen und Halsstauung in Anwendung kamen; 3. in aktiven und passiven Immunisierungen von Hunden, Affen und Menschen und Untersuchung des Lumbalpunktats, in einem Fall auch des Ventrikelpunktats auf Antikörper (besonders Agglutinine, Antitoxine und Hämolysine); 4. der Untersuchung verschiedener Liquorportionen bei Entnahme größerer Mengen in morphologischer, chemischer und biologischer Hinsicht, besonders auch des nach Halsstauung gewonnenen Liquors; 5. der parallelen biologischen Untersuchung des post mortem entnommenen Spinal- und Ventrikelliquors; 6. der Feststellung, daß geringe, von etwaigen Normalambozeptoren befreite Mengen fast jeden Liquors in einem hämolytischen System mit unterlösender Ambozeptordosis Lösung hervorrufen, welches Faktum von *Jakobsthal* nur für die Paralyse behauptet und auf Normalambozeptoren bezogen wurde. Die durch diese Versuche, die weiter fortgesetzt werden sollen, bisher gewonnenen Resultate ergeben, zusammengehalten mit den Ansichten der Literatur und früher publizierten Untersuchungen, im wesentlichen, daß die Zerebrospinalflüssigkeit im normalen und pathologischen Zustand chemisch und biologisch einheitlich zu sein scheint, daß nur der Zellgehalt Schwankungen in verschiedenen Höhen zeigt (*Fischer*) und nur in seltenen Fällen und sehr gering der Eiweißgehalt; daß sie größtenteils vom plexus choroideus und Ependym sezerniert wird, daß sie weder ein einfaches Transsudat, noch eine Lymphflüssigkeit darstellt, sondern einem Sekret am nächsten steht, und daß ihre Funktion nicht nur eine physikalische ist, sondern bei Stoffwechsel-, Immunisierungs- und anderen Vorgängen am Zentralnervensystem bedeutungvoll zu sein scheint.

Stargardt-Kiel: Über die Ursachen des Sehnervenschwundes bei Tabes und progressiver Paralyse. (Mit Demonstrationen.)

Vortr. berichtet über die Resultate seiner pathologisch-anatomischen Untersuchungen über die Ätiologie des Sehnervenschwundes bei Tabes, Taboparalyse und Paralyse.

Er hat in 25 Fällen die Sehbahn vom Corpus geniculatum externum bis zur Retina untersucht. Da die Netzhaut schon eine Stunde nach dem Tode zerfällt, wurde möglichst sofort post exitum *Birch-Hirschfeld*sches Gemisch in den Glaskörper injiziert. Auf diese Weise gelingt es, einwandfreie Netzhautpräparate zu erhalten. Fanden sich keine degenerativen Veränderungen im Sehnerven, so waren die Netzhäute vollkommen normal, auch wenn der Exitus im paralytischen Anfall eingetreten war, oder wenn lange Zeit vor dem Tode hohe Temperaturen bestanden hatten. Die Erkrankungen der Retina bestanden in den Fällen von Atrophie in sekundär degenerativen Veränderungen in der Nervenfaserschicht und der Ganglienzellenschicht und unterschieden sich in nichts von den Veränderungen, wie wir sie nach Sehnervendurchschneidungen und bei Abquetschungen des Sehnerven durch die arteriosklerotische Carotis interna sehen. Die Ursache des Sehnervenschwundes ist in exsudativen Prozessen zu suchen, die im wesentlichen sich auf das Chiasma und die intracraniellen Optici beschränken. Die Traktus und die äußeren Kniehöcker zeigen im allgemeinen nur sekundäre Veränderungen. In Fällen von partieller Optikusatrophie ließ sich nachweisen, daß die Atrophie auf eine partielle Infiltration des intrakraniellen Optikus zurückzuführen war. Demnach handelt es sich bei der Optikusatrophie nicht um eine aszendierende Atrophie und nicht um die Wirkung eines Toxins, das zuerst auf die Ganglienzellen der Netzhaut einwirkt, wie man bisher angenommen hatte. Die Optikusatrophie stellt aber auch keine Systemerkrankung dar. Das bewies die Untersuchung der Umgebung des Chiasma und der Optici. In allen Fällen von Atrophie fanden sich schwere Veränderungen im zentralen Grau, in den dem Chiasma benachbarten Teilen der Schläfenlappen und des Stirnhirns, häufig auch infiltrative Prozesse in den Olfactorii und den Oculomotorii, in zwei Fällen auch in der Hypophyse. Die exsudativen Prozesse, die die Ursache des Sehnervenschwundes bilden, rechnet *St.* mit den exsudativen Prozessen der Paralyse und der Tabes zusammen in die große Gruppe der „tertiären, nicht gummösen, luischen Erkrankungen", zu denen er auch die Aortitis luica, die Hepatitis interstitialis, die Orchitis fibrosa, die glatte Zungenatrophie, die tertiären, nicht gummösen Entzündungen der Uvea des Auges und die Arthropathien zählt. Was speziell die letzteren betrifft, so hat er in einem Falle von Paralyse nachweisen können, daß sie exsudativen Prozessen ihre Entstehung verdanken, die mit den exsudativen Prozessen bei den anderen erwähnten Erkrankungen identisch sind.

O. Rehm-Bremen: Zytologie der Zerebrospinalflüssigkeit und ihre diagnostische Verwertbarkeit (Projektionsvortrag).

Die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit erstreckt sich im wesentlichen auf die physikalischen, chemischen, serologischen, zytologischen und bakteriologischen Verhältnisse. Die Zellen interessieren



sowohl hinsichtlich der Menge, in der sie sich vorfinden, als auch hinsichtlich ihrer Gestalt und Herkunft. Die Abstammung ist trotz mancher Versuche noch nicht klargestellt. Vortr. bespricht im einzelnen an der Hand zahlreicher Abbildungen die einzelnen Zellformen, von welchen man mindestens 15 unterscheiden kann. Diese verteilen sich auf die Gruppen der Lymphozyten, Gitterzellen, Plasmazellen, Erythrozyten, Leukozyten und Fibroplasten. Der normele Befund unterscheidet sich scharf von dem krankhaften. Herpes Zoster, Lues II und III und Tabes geben unter sich ähnliche Zellbefunde; die anderen besprochenen lassen bestimmte Unterschiede erkennen, welche diagnostisch zu verwerten sind. Vortr. führt zum Schlusse aus, daß die Zytologie der Zerebrospinalflüssigkeit schon jetzt imstande ist, uns eben so wichtige diagnostische Merkmale zu liefern, wie wir es von der des Blutes gewohnt sind. (Ausführliche Veröffentlichung in dem bei *Fischer*-Jena erscheinenden, in Gemeinschaft mit Dr. *Plaut* und *Schottmüller* bearbeiteten „Leitfaden zur Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit".)

Rühle-Uchtspringe: Zur pathologischen Anatomie der tuberösen Sklerose (mit Demonstrationen).

Auf die tuberöse Sklerose, eine zunächst mehr in anatomischer, als in klinischer Beziehung gekannte und beschriebene Form der Idiotie, machte als erster *Bourneville* im Jahre 1880 aufmerksam. Er beschrieb die makroskopisch erkennbaren Veränderungen, die dieser eigenartige Prozeß am Gehirn setzt, wies auf das tumorartige Hervortreten einzelner, blasser als ihre Umgebung aussehender und sich hart und wenig elastisch anfühlender Windungsabschnitte oder herdförmiger Partien über die Hirnoberfläche hin und bezeichnete als besonders charakteristische Veränderung das Vorkommen tumorartiger Prominenzen in den Seitenventrikeln. An den tuberösen Stellen ist die Rinde breit, die Rindenmarkgrenze verschwommen, auch im Mark finden sich zuweilen graue Streifen und Herde; eine tuberöse Entartung der Kleinhirnrinde findet sich selten. Seitdem sind eine Reihe von Arbeiten über die tuberöse Sklerose erschienen, die sich, unter Bestätigung der anatomischen Sonderstellung des Prozesses unter den Formen der Idiotie, mehr mit den mikroskopischen Veränderungen befassen, und von denen namentlich die Untersuchungen von *Pellizzi*, *Bonfigli*, *Perusini* und *Vogt* zu nennen sind. Nach dem zuletzt genannten Autor ist der Prozeß folgendermaßen charakterisiert: Die Hirnrinde der erkrankten Partien zeigt die Zeichen gestörter Entwicklung, die Ganglienzellen sind histologisch mangelhaft differenziert, die Orientierung und Gruppierung derselben ist mangelhaft, die Schichtenbildung unklar, es finden sich Verlagerungen von Zellen, Verringerung ihrer Zahl. Ferner hat eine enorme Proliferation der Glia stattgefunden, sowohl eine Vermehrung der Fasern als der Zellen, man beobachtet das Auftreten der Randglia in büschelförmigen Figuren, die Zeichen chronischer Erkrankung der nervösen Rindenelemente, ein Fehlen entzündlicher Er-



scheinungen insbesondere in der Umgebung der Gefäße und schließlich das Auftreten atypischer Zellen, der sogenannten „großen Zellen". Während nun in den bisher veröffentlichten Fällen von tuberöser Sklerose, einer relativ seltenen Erkrankung, im wesentlichen bezüglich der eben erwähnten histologischen Merkmale übereinstimmende Befunde erhoben wurden, sind zwar von allen Untersuchern die sogenannten „großen Zellen" zum Gegenstand besonders eingehender Untersuchungen gemacht, aber eine Einigung über die Art und Herkunft dieser Gebilde ist bisher nicht erzielt worden. Und gerade diese Zellen, die regelmäßig bei der tuberösen Sklerose gefunden werden, und die zweifellos zu den interessantesten Gebilden des ganzen Krankheitprozesses gehören, ihrem histologischen Charakter nach näher zu bestimmen, erscheint zunächst von großer Wichtigkeit. Während manche Untersucher, wie *Sailer*, *Hornowsky*, *Rudski*, *Rabonneix* erklären, ihre Herkunft nicht feststellen zu können, betrachten *Brückner*, *Scarpatetti*, *Jacobäus*, *Geitlin* u. a. dieselben als Ganglienzellen. *Pellizzi* und *Perusini* heben den embryonalen Charakter dieser Zellen hervor, sehen in ihnen in ihrer Entwicklung gehemmte Neuroblasten. *Vogt*, der in einigen der in Frage stehenden Elemente mit der *Bielschowsky*-Methode Neurofibrillen darstellen konnte, meint, daß sie höchstwahrscheinlich nicht einheitlicher Natur sind, daß vielmehr die einen mehr ganglionären, die anderen mehr gliomatösen Charakter tragen. Auch *Volland* schließt sich dieser Ansicht an. *Bonfigli* kommt auf Grund seiner Befunde zu dem Schluß, daß die großen atypischen Zellen nichts anderes sind als Neurogliazellen, die auf einen lokalisierten Wucherungsprozeß der Glia hinweisen. Ganz merkwürdige Dinge hat *Campbell* in den Herden der sklerotischen Partien gefunden, die er als endothelartige Wucherungen beschreibt, und die er in Verbindung mit den mit der tuberösen Sklerose häufig kombinierten Nierentumoren und den eigentümlichen Epithelwucherungen der Haut zu bringen sucht. In letzter Zeit ist schließlich eine Arbeit von *Nieuwenhuize* aus der holländischen Irrenanstalt Meerenberg erschienen, die wohl die eingehendsten (siehe oben) Literaturangaben enthält, und der eine Reihe von Zeichnungen nach Fibrillenpräparaten dieser großen atypischen Zellen beigegeben ist. Der Verfasser glaubt, auf Grund seiner Befunde die „großen Zellen" mit Bestimmtheit als mißbildete Ganglienzellen auffassen zu dürfen.

Aus dieser außerordentlichen Verschiedenheit der Auffassung der einzelnen Untersucher über die Art der genannten Zellform scheint jedenfalls das eine hervorzugehen, daß die tuberöse Sklerose nach dieser Richtung hin noch weiterer Durchforschung bedarf. Insbesondere scheint von Wichtigkeit, eine Analyse der „großen Zellen" nicht nur mit Hilfe der bisher üblichen Methoden zu versuchen, sondern auch mit den neuen von *Alzheimer* in die Technik eingeführten Hilfsmitteln an die Untersuchung dieser Elemente heranzugehen. Die Untersuchungen, die der Vortragende angestellt hat, erstrecken sich auf die im Vergleich zur Seltenheit des

Prozesses große Zahl von 10 Fällen. Von diesen konnten 2 eingehend in der genannten Weise histologisch untersucht werden, während es sich bei den übrigen 8 Fällen um älteres Formolmaterial handelte, das infolgedessen eine Verarbeitung nur nach bestimmten Richtungen hin noch gestattete. Die Ergebnisse seiner Untersuchungen wurden von dem Vortragenden an der Hand einer großen Anzahl von zum Teil nach dem Lumièreverfahren hergestellten Diapositiven (mikrophotographisches Laboratorium der Anstalt Uchtspringe; Dr. *Engelken*) seiner Präparate demonstriert, wobei auf die außerordentliche Schwierigkeit einer Deutung der großen atypischen Zellen besonders aufmerksam gemacht wurde. Auf Grund der bisherigen Ergebnisse seiner Untersuchungen glaubt der Vortragende, daß es sich in der Tat nicht um einheitliche Elemente handelt, daß aber der wesentlichste Anteil der zuweilen aus ganzen Zellkonglomeraten bestehenden Gebilde einer Gliawucherung zuzuschreiben ist. (Der Vortrag wird als besondere mit zahlreichen Abbildungen versehene Arbeit erscheinen.)

3. Sitzung Freitag, 31. Mai, vorm. 9 Uhr.

2. Referat: Über die Behandlung der Paralyse.

1. *Spielmeyer*-Freiburg: Das Thema des Referates gliedert sich in zwei Teile: erstens in die Erörterung der allgemeinen Heilungsaussichten, welche die Paralyse hat, und zweitens in die Besprechung alles dessen, was heute schon therapeutisch gegen die Paralyse getan werden kann. In diesem ersten Abschnitt werden die prinzipiell wichtigen Erfahrungstatsachen aus der Klinik, der pathologischen Anatomie, der Ätiologie und unserer Kenntnis von dem Wesen der Paralyse aufgeführt und Erwägungen daran geknüpft werden, welche für die Bekämpfung der Paralyse maßgebend sein müssen.

Vom klinischen Standpunkte aus erscheint die Heilbarkeit der Paralyse nicht so ausgeschlossen, wie es nach dem Gros der Fälle vermutet werden könnte. Daß eine Remission einmal dauernd bestehen bleibt oder es auch bei der Paralyse nur zur Ausbildung einer nachher stationärwerdenden forme fruste (ähnlich wie bei der Tabes dorsalis) kommen kann, ist gewiß nicht auszuschließen. Aber die Diskussion über die stationäre Paralyse (*Alzheimer*, *Gaupp*) lehrt, daß das zum mindesten außerordentlich selten der Fall sein dürfte. Bei den in der Literatur mitgeteilten Fällen geheilter oder stationär gebliebener Paralysen handelt es sich zum Teil doch nur um besonders vollständige und langdauernde Remissionen oder auch um ganz andersartige Erkrankungen, d. h. also um Fehldiagnosen. Immerhin bleiben einige, wenn auch sehr wenige Fälle übrig, bei denen sich der Beweis nicht führen läßt. es sei keine geheilte Paralyse gewesen (*Wernicke*, *Schüle*, *Leredde*, *Nonne* u. a.). Dabei ist es bemerkenswert, daß sowohl die Paralysen mit Hinterstrang- wie die mit Seitenstrangerscheinungen zu einer solchen Art von Heilung gelangen

können. Der sichere Beweis für die Richtigkeit der Auffassung solcher Fälle als geheilter Paralysen läßt sich erst auf Grund der anatomischen Untersuchung erbringen.

An den klinischen Beobachtungen müssen wir erstens die Bedingungen kennen lernen, unter denen es zu einer besonders vollkommenen und langdauernden Rückbildung der paralytischen Erscheinungen kommt. Vielleicht spielen außer der Hyperthermie und der Hyperleukozytose (bei fieberhaften Krankheiten) noch andere Dinge mit, die für das Zustandekommen der Remissionen wesentlich sind. Zweitens ist auch aus den neuen Erfahrungen über die Verlaufseigentümlichkeiten der Paralyse und über die Abgrenzung dieser Krankheit die Warnung vor einer Täuschung durch Scheinheilungen abzuleiten. *Bonhoeffer* und *Oppenheim* haben neuerdings wieder gezeigt, daß die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose doch gerade bei den Fällen liegen, welche die „wetterleuchtende Bedingung" von *Alt* erfüllen. Es ist *Nonne*s Forderung zu unterstützen, daß die Autoren, welche über Heilung oder Stationärwerden von Paralysen berichten, uns von Zeit zu Zeit über ihre Beobachtungen an jenen Fällen orientieren. Bei der Beurteilung des Effektes der Therapie hat man sich vor einer Überschätzung der Bedeutung der vier Reaktionen zu hüten; das Verhalten des Reaktionsbildes geht keineswegs dem allgemeinen Krankheitzustande parallel (*Nonne*). Alles das ist ganz besonders bei der Prüfung neuer Heilmittel in Rücksicht zu ziehen.

Auch vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus ist die Heilungsmöglichkeit der Paralyse nicht auszuschließen. Selbstverständlich kann es sich nur um eine Heilung mit Defekt handeln, jedoch lehren gerade die noch in späten Stadien beobachteten guten Remissionen, daß das Zentralorgan auch bei diesem diffusen Prozeß über eine weitgehende Kompensationsmöglichkeit verfügt. Manche Veränderungen akuter Art dürften wohl auch reparabel sein wie z. B. gewisse Zellerkrankungen. Vor allem aber wird das restierende Gewebe in viel vollkommenerem Maße seine Funktion wieder aufnehmen können, wenn die akuten Veränderungen abgelaufen sind; wir sehen das ja besonders auch bei der multiplen Sklerose, die manche anatomische Ähnlichkeiten zur Paralyse aufweist. Auch bei der Tabes dorsalis kann der Prozeß ausheilen. Vor allem aber ist bei der Paralyse selbst in gar nicht so seltenen Fällen ein Abklingen des Prozesses in diesen und jenen Partien des Gehirnes und damit ein Ausheilen unter „Narbenbildung" festzustellen, sowohl was die degenerativen, wie was die infiltrativen Vorgänge anlangt. Aber es handelt sich da immer nur um ein lokales Ausheilen; in anderen Partien des Zentralorganes zeigen solche Fälle ein Weiterschreiten der Erkrankung. Als stationäre Paralysen können wir aber nur solche Fälle auffassen, in denen lediglich die irreparablen Veränderungen aufzufinden sind. Deshalb gehören nach *Alzheimer*s Ausführung seine beiden Fälle mit ungewöhnlich langdauernder klinischer Remission resp. mit äußerst

protrahiertem Verlaufe nicht zur stationären Paralyse in diesem Sinne. Vielleicht haben nach *Alzheimer* gerade die Fälle von Paralyse die besondere Tendenz zu sehr langsamer Progression, bei denen die degenerativen Vorgänge vorherrschen. Die Erfahrungen bei der Tabes dorsalis, bei welcher es ja auch viel häufiger zu einem Stationärwerden des Prozesses kommt, und bei welcher doch auch die entzündlichen Erscheinungen gegenüber den degenerativen sehr zurücktreten, scheinen diese Vermutung zu stützen. Es wird darauf ankommen, klinisch gut geklärte Fälle geheilter oder stationär gewordener Paralysen ausführlich anatomisch zu analysieren, ehe man die Heilbarkeit der Paralyse sicher beweisen kann. Dabei wird man sich gegenwärtig halten müssen, daß die anatomische Diagnose einer lang abgelaufenen Paralyse nicht immer leicht sein dürfte.

Der *Tuczek*sche Fall einer angeblich geheilten Paralyse hat bei der anatomischen Untersuchung bisher leider keine Klärung gefunden. *Knoblauch* sah keine der Paralyse entsprechende Veränderungen, während nach *Wissls* Untersuchungen sichere paralytische Veränderungen festzustellen waren.

Bezüglich der Ätiologie kann es hier nicht darauf ankommen, alle die endogenen und exogenen Momente aufzuführen, welche neben Syphilis in der Pathogenese der Paralyse von Bedeutung sein könnten (vgl. das Referat von *Plaut* und *Fischer* über die Lues-Paralyse-Frage). Wir haben auch heute keinen weiteren Aufschluß über die Frage gewinnen können, was zur Lues hinzukommen muß, damit sich eine Paralyse entwickelt. Vielleicht läßt sich diese Frage experimentell in Angriff nehmen, und da man nach Spirochäteninfektionen paralyseähnliche Veränderungen bisher nicht beobachtet hat, so wäre es vielleicht zweckmäßig, den Weg vergleichender Krankheitforschung zu beschreiten und bei den Trypanosomenkrankheiten dieser Frage nachzugehen. Auch wenn die *Schaudin*sche Hypothese von der Verwandtschaft zwischen Trypanosoma und Spirochäte unrichtig sein sollte, so zeigen doch die experimentell-therapeutischen Bestrebungen von *Uhlenhuth*, *Ehrlich* u. a., daß die Erfahrungen, die man bei Trypanosomenkrankheiten mit den Arsenmitteln gemacht hatte, sich mit großem Nutzen auf die Bekämpfung der Spirillosen übertragen ließen; und wir selber glauben den Beweis erbracht zu haben, daß auch für die pathologisch-anatomische Klärung der syphilogenen Nervenkrankheiten eine solche vergleichende Krankheitforschung von einigem Nutzen war.

Vielleicht gelänge es, Klarheit über die Frage zu bekommen, ob es eine Syphilis à virus nerveux gibt, welche bekanntlich den einen als bewiesen gilt, während sie die anderen ebenso entschieden ablehnen. Vom allgemeinen biologischen Standpunkte aus erscheint es keineswegs ausgeschlossen, daß es Spirochäten mit einer besonderen Affinität zum Nervensystem gibt. Bei Trypanosomen jedenfalls sehen wir, daß morphologisch nicht trennbare Erreger die allerverschiedensten Veränderungen bei ver-



schiedenen Tieren erzeugen. Wahrscheinlich stammen die pathogenen Trypanosomen von einer Ausgangform ab und haben in ihrer historischen Entwicklung je nach Umständen ihrer Weiterzucht diese und jene Eigenschaften erworben. So erzeugen manche Trypanosomen vorwiegend Veränderungen des Blutes, der Drüsen, der Knochenhaut, während andere wie das Trypanosoma gambiense, beim Menschen häufig zentrale Erkrankungen auslösen. Ich selber beobachtete, daß ein Trypanosoma nach besonderen Tierpassagen eine spezielle Affinität zum Nervensystem erlangte, während es gewöhnlich zentrale Veränderungen nicht erzeugte. Es ist das jenes Trypanosoma *Brucei*, nach dessen Einimpfung bei Hunden die von mir sogenannte „Trypanosomentabes“ auftrat. Dieses Trypanosoma hat inzwischen seit etwa 4 Jahren die speziellen Eigenschaften verloren, so daß eine Trypanosomentabes bei den Hunden nicht wieder beobachtet wurde. Meines Erachtens sprechen diese Beobachtungen im Sinne einer „Trypanosomiasis à virus nerveux“.

Auch die Spirochäten sind wie die Trypanosomen offenbar von sehr labiler Art und bilden leicht unter dem Einfluß äußerer Bedingungen verschiedenartige Rassen. Dafür sprechen die verschiedenen Formen des Rückfallfiebers, bei denen es sich auch um morphologisch gleichartige Erreger handelt, die jedoch different sind in ihrer Virulenz für Tiere und in ihren Immunitätsreaktionen.

Aber auch bei der Trypanosomiasis wird eine scheinbare Regellosigkeit beobachtet, mit welcher bald dieses, bald jenes Individuum von einer zentralen Erkrankung befallen wird. Nur etwa 1 bis 2 % meiner Versuchstiere zeigten Veränderungen vom Typus der Schlafkrankheit. Vielleicht gelingt es so experimentell auch die zweite Frage einer Klärung zuzuführen, ob und inwiefern hier individuelle Dispositionen mitwirken. Man wird vor allem im Sinne von *Plaut* zu untersuchen haben, ob solche Tiere über mangelhafte Schutzvorrichtungen verfügen, so daß es leichter zu jener Umstimmung der Gewebe kommt, welche sich in dem anatomischen Substrat der paralyseähnlichen Schlafkrankheit ausdrückt. Auch für die *Kraepelin*sche Hypothese, daß die Paralyse eine Stoffwechselkrankheit sei, und daß eine Organerkrankung das Zwischenglied zwischen Syphilis und Paralyse darstelle, wäre vielleicht so experimentell eine Prüfung möglich.

Von Bedeutung für die Therapie ist schließlich, was wir von dem Wesen der Paralyse wissen. Viele halten sich wohl zu eng an den *Strümpell*schen Vergleich, daß die Paralyse eine „Nachkrankheit“ der Syphilis ist wie etwa die postdiphterische Lähmung nach einer Diphterie. Eine so enge Fassung des Begriffes der Nachkrankheit ist nicht bewiesen, und gerade der Verlauf der Paralyse in Schüben und mit Remissionen spricht neben manchem anderen gegen eine solche Auffassung. Vor allem weist auch das Vorhandensein der *Wassermann*schen Reaktion in fast allen Paralysen auf eine aktivere Tätigkeit des syphilitischen



Virus hin. Daß die Spirochäten bei der Paralyse bisher nicht nachgewiesen werden konnten, beweist nicht, daß nun der Paralytiker kein Spirochätenträger mehr wäre. Auch bei experimenteller Schlafkrankheit fand ich am eklatantesten an einem früher von mir veröffentlichten Falle keine Erreger vor dem Ausbruche der zentralen Erkrankung und während derselben. — Die pathologische Anatomie kann zur Entscheidung der Frage, ob die Paralyse noch ein syphilitischer Prozeß oder nur eine Nachkrankheit der Lues sei, nicht herangezogen werden. Das haben *Nissl* und *Erb* für die Paralyse und Tabes mit großer Energie betont. Wir sind ja häufig nicht einmal in der Lage zu entscheiden, was syphilitisch ist (wir müssen uns vielmehr von der Klinik leiten lassen), noch weniger aber können wir anatomisch erklären, diese oder jene Veränderung sei nicht mehr syphilitischer Art. Auf dem Boden der Syphilis können die allerverschiedensten zentralen Erkrankungen entstehen, und wir haben nicht die Möglichkeit oder das Recht zu sagen, bis dahin handle es sich um echt syphilitische Prozesse, und von da ab gälte uns die Erkrankung nur noch als Nachkrankheit der Syphilis. Selbstverständlich stellt die Paralyse einen eigenartigen anatomischen Prozeß dar, der auch von den gewöhnlichen Formen der Hirnsyphilis abgegrenzt werden kann, aber wir sehen darin nicht eine Nachkrankheit, sondern einen syphilitischen Prozeß besonderer Art. Es handelt sich hier wohl im wesentlichen um eine Nomenklaturfrage, die einer Lösung keine besonderen Schwierigkeiten machen wird, wenn man sich der Eigenart jener verschiedenen Prozesse bewußt bleibt.

Für eine systematische chemotherapeutische Beeinflussung der Paralyse ist es natürlich von besonderer Bedeutung, ob wir in der Paralyse nur eine Nachkrankheit oder noch einen syphilitischen Prozeß sehen. Im ersteren Falle wäre die Anwendung eines spirillotropen Mittels sinnlos. Aber vielleicht beruht das gegen unsere bisherigen Arzneimittel refraktäre Verhalten der Erreger im paralytischen Organismus auf besonderen Veränderungen derselben (*Hoche*). *Ehrlich* betont, daß das eigenartige Verhalten mancher Trypanosomen gegen Arsenpräparate die Durchführung einer systematischen Therapie außerordentlich erschwere. Es gibt von Natur aus arsen- und quecksilberfeste Stämme, wie die Erfahrungen über die Trypanosomiasis im Kongogebiet (*Broden* u. a.) lehren. Und vielleicht spielen gerade solche natürlichen oder im infizierten Organismus erworbenen Eigentümlichkeiten der Spirochäten bei dem Paralyseerreger eine Rolle.

Vor allem wird es noch darauf ankommen, das Arzneimittel so im Organismus zu verteilen, daß der Erreger auch tatsächlich getroffen wird. Bekanntlich stellen die Meningen eine schwer überwindbare Scheidewand unseren Arzneimitteln entgegen, und vielleicht erklären sich zum Teil die Mißerfolge unserer Therapie bei der Paralyse aus dieser mangelhaften Permeabilität der Meningen gegenüber den ver-



schiedenen Medikamenten. Auch bei der Schlafkrankheit scheint nach dem Urteile verschiedener Sachverständiger eine Hauptschwierigkeit in der therapeutischen Bekämpfung darin zu liegen, daß die Arzneipräparate nicht in den Liquor und die Zentralorgane überzugehen pflegen. Nur das Trypanosomenfieber des Menschen ist wie die Syphilis mit Erfolg heilbar; dagegen erscheint es ebenso wie bei der Paralyse bisher bei voll entwickelter Schlafkrankheit unmöglich, die Erkrankung zu heilen, — worin ich wieder eine wichtige verwandtschaftliche Beziehung zwischen Schlafkrankheit und Paralyse sehe.

Alle diese Erfahrungen und Erwägungen konnten nicht dazu führen, einen neuen Weg für die Behandlung der Paralyse ausfindig zu machen; sie sollen lediglich die Richtlinien geben für den Versuch einer systematischen Behandlung dieser Krankheit. (Der Vortrag wird im Archiv für Psychiatrie veröffentlicht werden.)

2. *E. Meyer*-Königsberg: Vortr. behandelt die rein praktische Seite der Frage. Er erinnert zuerst daran, daß früher hydrotherapeutische Eingriffe, Blutentziehung und andere ableitende Mittel in der Annahme entzündlich hyperämischer Gehirnzustände bei der Paralyse viel verwendet wurden, und weist dann hin auf das Verfahren von *L. Meyer*, künstliche Eiterung durch Einreiben von Brechweinsteinsalbe auf den Schädel zu erzielen. Um eine weitere Unterlage für die Bewertung der jetzt noch im Gebrauch befindlichen Behandlungsarten der Paralyse zu gewinnen, hat *Meyer* bei den psychiatrischen Anstalten und Kliniken in Deutschland, Österreich-Ungarn und der Schweiz eine Umfrage veranstaltet. Von den 141 Antworten enthielten 66 die Mitteilung, daß keine Behandlungsversuche unternommen waren; 75 berichten über die Verwendung verschiedener Methoden.

Die jetzt am meisten angewendeten Behandlungsversuche sind entweder allgemein gegen toxische und Autointoxikationsvorgänge gerichtet, die bei der Paralyse ja sicherlich eine große Rolle spielen, oder gegen die Syphilis, die spezifische Grundlage der Paralyse. Bei ersterer Gruppe sind einmal zu nennen: die Salzinfusionen *Donaths*, ferner besonders die Tuberkulinbehandlung nach *v. Wagner-Pilcz*. Diese Verfahren beruhen darauf, daß nach akuten Infektionskrankheiten usw. auffallende Besserung und Remissionen bei der Paralyse verhältnismäßig häufig eintreten. Sie schließen sich in gewisser Weise an die von *L. Meyer* versuchte Behandlung an. Sie wollen „allgemeine, nicht spezifische Gegenwirkungen" hervorrufen, wie das durch Temperaturerhöhung, Vermehrung der Leukozyten usw. geschieht. *Meyer* berichtet, daß *Pilcz* nach seinen verschiedenen Mitteilungen sehr günstige Erfolge aufzuweisen hat. Bei der Umfrage ergab sich, daß die niederösterreichischen Landesanstalten am Steinhof auf Grund großen Materials ebenfalls im ganzen befriedigende Resultate bei dieser Behandlung gewonnen haben. Von einigen Seiten sind auch neuerdings Bakterienvaccine, von demselben Prinzip ausgehend,



bei der Paralyse versucht. *Meyer* hat nach allem den Eindruck, daß sich nach der Tuberkulinkur, die zu wesentlichen Schädigungen nicht führt, verhältnismäßig häufig Besserungen und Remissionen einstellen.

Da die Erfahrung lehrt, daß ebenso wie Eiterungen und Infektionskrankheiten auch gewisse Stoffe, z. B. Nukleinsäure, die antitoxische Resistenz des Organismus stärken, so haben *Fischer* und *Donath* Versuche mit nukleinsaurem Natron bei Paralyse gemacht. Die Resultate, die teils veröffentlicht sind, teils aus der Umfrage sich ergeben, sind recht abweichend, so daß ein abschließendes Urteil wohl noch nicht möglich ist. *Meyer* erinnert dann kurz an die Theorien und Versuche von *F. Robertson* und seiner Schüler, die außerhalb Englands im ganzen zu sehr wenig Nachuntersuchungen geführt haben.

Er geht dann über zu den Verfahren, die sich gegen die syphilitische Infektion wenden, von der Annahme ausgehend, daß ohne Syphilis eine Paralyse nicht möglich ist. In beginnenden Fällen kann eine vorsichtige Quecksilberkur ohne Bedenken erfolgen; in jedem zweifelhaften Falle erscheint sie geboten. Auch Jodpräparate werden noch heute öfter bei der Paralyse angewandt, schon mit Rücksicht auf die Möglichkeit, daß eine Lues cerebrospinalis vorliegt.

Meyer wendet sich dann dem Salvarsan zu, betont aber vorher, daß die besondere Stellung der Paralyse gegenüber den eigentlichen syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems von vornherein bei der Beurteilung der Resultate der Salvarsantherapie wie auch der Quecksilber- und Jodbehandlung in Rechnung gezogen werden müsse.

Zuerst weist *Meyer* darauf hin, daß das Salvarsan im Atoxyl, Arsacetin usw. Vorläufer gehabt hat, die ebenfalls in der *Ehrlich*schen Chemotherapie ihre Grundlage fanden. Bei der Salvarsanbehandlung ist auch zu beachten die Leukozytose, ferner die Beeinflussung des Lezithinstoffwechsels und die allgemein roborierende Wirkung. Eine Übersicht über die Resultate bei der Paralyse ist schwer zu geben, da die Mitteilungen vielfach sehr zerstreut sind.

Von *Ehrlich* und *Alt* ist darauf hingewiesen, daß nur der allererste Beginn der Paralyse einen Behandlungserfolg erwarten lasse. Der Einwand ist nicht unberechtigt, daß eine Abgrenzung „beginnender Paralyse" sehr schwer ist, und daß an sich nicht einzusehen ist, warum es nicht bei einem Mittel, das überhaupt erfolgreich ist, zu einem Stillstand im Verlauf der Entwicklung kommen könnte.

Meyer gibt dann einen Überblick über die Literatur der Salvarsanbehandlung bei der Paralyse, wobei sich herausstellt, daß eine Reihe günstiger Mitteilungen zahlreichen mit entgegengesetztem Ergebnis besonders aus der letzten Zeit gegenüberstehen. *Meyer* gibt auch einen kurzen Überblick über die Kontraindikationen bei der Salvarsantherapie und die ungünstigen Folgeerscheinungen, die danach beobachtet sind. Die Umfrage zeigte, daß 286 mal Salvarsan bei Paralyse in den betreffenden



Anstalten und Kliniken angewandt war. Nur 4 mal wurde von einer gewissen Besserung, 13 mal von einer Remission berichtet, doch ist zu bedenken, daß in einem großen Teil der Fälle nur kleine Dosen angewendet waren und auch recht fortgeschrittene Fälle zum Teil behandelt wurden.

Nach Erwähnung einiger anderer Behandlungsversuche und dem Hinweis, daß die vergleichende biologische Forschung auch therapeutisch vielleicht zukunftvoll sei, versucht *Meyer* eine Gesamtzusammenfassung zu geben. Eine solche ist freilich durch die Remissionen und die Unberechenbarkeit im Verlaufe der Paralyse sehr erschwert. Die Frage, ob eine der im Gebrauch befindlichen Behandlungsmethoden der Paralyse auf die Dauer das Fortschreiten des paralytischen Krankheitprozesses zu mindern imstande sei, glaubt *Meyer*, nach dem vorliegenden Material nicht bejahen zu können. Die weitere Frage, ob wenigstens ein günstiger Einfluß der jetzt gebräuchlichen Behandlungsversuche, und bejahendenfalls, welcher, festzustellen sei, möchte *Meyer* nicht ohne weiteres verneinen. Die Möglichkeit günstiger Beeinflussung sei zuzugeben. Zurzeit liegen die besten Resultate von der *Wagner-Pilcz*schen Tuberkulinbehandlung vor. Am zweckmäßigsten seien Versuche mit einer Kombination der Verfahren, welche die syphilitische Infektion bekämpfen, mit denen, die die Erzielung allgemeiner, nicht spezifischer Gegenwirkungen im Auge haben. Schäden wesentlicher Art stiften die Behandlungsversuche unter Einhaltung aller Kautelen nicht. Nach alledem hält *Meyer* therapeutische Versuche in dem besprochenen Sinne jedenfalls für berechtigt, ja, er sieht es bei der Paralyse als Aufgabe der Psychiater an, therapeutische Versuche, die keine wesentliche Schädigung befürchten lassen, anzustellen, wenn auch nur die Möglichkeit einer günstigen Einwirkung durch sie vorhanden ist.

Zum Schlusse hebt *Meyer* die große Wichtigkeit der Vorbeugung der Paralyse hervor, die durch die neueren Forschungen in mancher Richtung hoffnungvoller sei, und mit der eine zweckmäßige Rassenhygiene zur Hebung der Widerstandkraft des Organismus Hand in Hand gehen müsse. (Ausführliche Veröffentlichung im Archiv für Psychiatrie.)

Die Diskussion wird ausgesetzt bis nach Anhörung der Vorträge von *Schröder*, *Eichelberg*, *Friedländer*.

P. Schröder-Breslau: Remissionen bei progressiver Paralyse.

Die Paralyse verläuft nur selten gleichmäßig progredient vom ersten Beginn bis zum Tode; Schwankungen, plötzliche Verschlimmerungen, weitgehende Besserungen, anscheinende Stillstände sind häufig: ebenso häufig ist ein Wechsel in der Art des Zustandbildes. Remissionen schließen sich fast stets an voraufgehende Exazerbationen an; sie kommen zustande durch das Abklingen akuter Verschlimmerungen und die Rückkehr zum Status quo ante. Das Studium der Remissionen bei Paralyse hat auszugehen von den Exazerbationen.



Als die gröbsten, perakuten Exazerbationen können die paralytischen Anfälle gelten. Ihnen stehen nahe die gleichfalls häufigen, oft nur kurzdauernden, andere Male sich lang hinziehenden, deliranten und deliriösen Zustände, welche in späteren Stadien nicht selten als bloße Schwankungen in Luzidität und Besonnenheit der Kranken zutage treten.

Bei einer weiteren Gruppe von Exazerbationen stehen motorische Symptome im Vordergrund, sowohl akinetische wie hyperkinetische, ähnlich den verwandten Zuständen bei Epilepsie, bei schweren toxischen und infektiösen Prozessen. Von den manischen Erregungen bei Paralyse hat ein großer Teil wahrscheinlich enge Beziehungen zu den deliriösen und katatonischen Zuständen; bei anderen kann als endogener ursächlicher Faktor eine manisch-depressive Veranlagung mitspielen. Das gleiche gilt möglicherweise für einen Teil der abgesetzten initialen Depressionszustände und der anfangs „zirkulär" verlaufenden Fälle von Paralyse.

Das Material der Breslauer Klinik, das Vortr. durchgesehen hat (etwa 170 Paralysen mit 8 bis 10 % guter Remissionen), spricht für die Richtigkeit der anfangs gegebenen Auffassung von den Remissionen; es enthält nur Fälle, bei denen nachweislich die Remission nichts ist als das Abklingen akuterer Symptomreihen (Exazerbationen), es enthält keinen Fall von Besserung im Verlauf einer langsam progredienten Demenz ohne akute Schübe. „Blödsinn" wird oft vorgetäuscht durch die Kritiklosigkeit der Größenideen in der paralytisch-manischen Erregung oder durch die Stumpfheit in Hemmungszuständen. Akute Exazerbationen können bereits in sehr frühen Stadien eine Paralyse manifest machen, zu einer Zeit, in der sonst noch nichts sicher Paralytisches nachweisbar ist; die Remissionen nach dem Abklingen solcher sehr frühen ersten Attacken pflegen besonders gut zu sein.

Die Beachtung des schubweisen Verlaufes und der Exazerbationen bei sehr vielen Paralysen schützt vor Fehlschlüssen bezüglich der therapeutischen Beeinflußbarkeit des Leidens. Die Beeinflußbarkeit der Exazerbationen hat mit der Therapie des paralytischen Prozesses selber nichts zu tun.

Eichelberg-Göttingen: Die Bedeutung der Untersuchung der Spinalflüssigkeit.

E. berichtet über Erfahrungen, die er bei Untersuchungen von 1020 Spinalflüssigkeiten und von 3200 Blutseren gemacht hat. Er kommt zu folgenden Schlüssen:

Eine leichte Drucksteigerung der Spinalflüssigkeit bis auf 200 mm allein deutet nicht auf eine organische Erkrankung des Zentralnervensystems hin.

Therapeutisch ist die Lumbalpunktion nur von Nutzen bei den verschiedenen Meningitiden, besonders bei der Meningitis serosa. Bei Gehirntumoren wird durch die Lumbalpunktion nur eine ganz kurz dauernde Druckentlastung geschaffen.



Eine Zellvermehrung in der Spinalflüssigkeit findet sich bei Paralyse regelmäßig, bei Tabes und Lues cerebrospinalis in etwa 90 % der Fälle. Außerdem kommt dieselbe aber auch häufig (in etwa 40 %) nach einer überstandenen Lues vor, ohne daß eine luische oder metaluische Erkrankung des Zentralnervensystems vorliegt. Auch bei multipler Sklerose, Hydrozephalus und Tumoren findet man öfter eine Zellvermehrung.

Von den Untersuchungen der Spinalflüssigkeit auf Eiweißvermehrung gibt die praktisch zuverlässigsten Resultate die *Nonne-Appelt*sche Reaktion. Sie kommt vor in etwa 94 % der Fälle von Paralyse, in 92 % bei Tabes und in 80 % bei Lues cerebrospinalis. Man findet sie auch vereinzelt bei anderen organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, doch kommt sie niemals vor bei funktionellen Nervenerkrankungen, auch wenn eine Lues vorausgegangen ist. Nur bei frischen Fällen von Lues kann dieselbe auch positiv sein.

Die *Wassermann*sche Reaktion ist am zuverlässigsten in ihrer Originalmethode, doch kann für wässerigen Leberextrakt ebensogut alkoholischer Organextrakt verwandt werden. Die *Wassermann*sche Reaktion im Blutserum kommt auch bei Leuten vor, die Lues nicht selbst gehabt haben, die aber heredtär syphilitisch gewesen sind. *E.* hat 150 Idioten auf die *Wassermann*sche Reaktion untersucht. In 12 % der Fälle war die Reaktion positiv. Bei 43 Kindern, die geistig und körperlich gesund waren, die aber von sicher syphilitischen Eltern stammten, war die *Wassermann*sche Reaktion in 15 % der Fälle positiv. Es ist aber nicht anzunehmen, daß beim Zustandekommen der Idiotie die Syphilis wirklich eine sehr große Rolle spielt. Die *Wassermann*sche Reaktion im Blutserum war positiv in 97 % der Fälle von Paralyse und in etwa 90 % der Fälle von Tabes und Lues cerebrospinalis.

Die *Wassermann*sche Reaktion der Spinalflüssigkeit wurde positiv gefunden in 98 % der Fälle von Paralyse, in 48 % der Fälle von Tabes und in etwa 8 % von Lues cerebrospinalis. Durch die „höhere Auswertung des Liquors“ nach *Zeißler* und *Hauptmann* scheint es möglich zu sein, differential-diagnotisch zwischen Paralyse und Lues cerebrospinalis weiter zu kommen. *E.* hat bei zwei Fällen von einwandfreier multipler Sklerose, jedoch bei Verwertung von 0,6 ccm Liquor die Reaktion positiv erhalten.

Die Befunde von *Weil* und *Kafka* über den Hämolysingehalt der Zerebrospinalflüssigkeit kann *E.* im allgemeinen bestätigen.

Um einen Prüfstein für das therapeutische Handeln zu bekommen, ist es wichtig festzustellen, was aus den Fällen von Lues wird, bei denen nach Behandlung noch Vermehrung der Zellen und auch des Eiweißgehaltes in der Spinalflüssigkeit festgestellt werden kann. Ebenso ist es wichtig, die Fälle, bei denen trotz energischer Behandlung die *Wassermann*sche Reaktion im Blutserum nicht negativ wird, weiter zu verfolgen.



E. hat zwei Fälle von Lues gesehen, bei denen lange Zeit die *Wassermann*sche Reaktion negativ war, die Spinalflüssigkeit normalen Befund ergab, und bei denen später dann doch eine Paralyse mit positivem Wassermann und dem spezifischen Befund in der Spinalflüssigkeit eintrat.

Durch Quecksilberkuren, Salvarsaninfektionen und Tuberkulinbehandlung scheinen die verschiedenen Reaktionen bei Paralyse und Tabes nur vereinzelt beeinflußt zu werden. Bei der Lues cerebrospinalis kann durch die Quecksilberkur und in selteneren Fällen auch durch Salvarsanbehandlung die Reaktion zum Schwinden gebracht werden, doch gibt es auch hier Fälle, bei denen trotz energischer Behandlung die verschiedenen Reaktionen positiv bleiben. (Vortrag erscheint in der Med. Klinik.)

Friedländer-Hohe Mark: Über die Einwirkung fieberhafter Prozesse auf metaluische Erkrankungen des Zentralnervensystems.

Die Tatsache, daß fieberhafte Krankheiten Geisteskrankheiten günstig beeinflussen können, läßt sich an zahllosen Fällen aus der älteren wie aus der neueren Literatur erweisen. Der Umstand, daß der Typhus in der erwähnten Beziehung an erster Stelle steht, veranlaßte den Vortrag. seinerzeit in der Jenenser Klinik an Stelle der von *Binswanger* angewandten abgetöteten Kulturen von Bakterium coli solche des Typhusbazillus anzuwenden. Da ein fiebererzeugendes Typhusbazillenpräparat späterhin nicht mehr zu erlangen war, bzw. die abgetöteten Kulturen, welche von *Ehrlich* und *Neißer* zur Verfügung gestellt wurden, keine Reaktion erzeugten, so wandte der Vortr. später, dem Beispiel *Wagner*s folgend, das *Koch*sche Tuberkulin an und zwar in der Weise, daß er in den meisten Fällen mit einer Dosis von0,0005 bis 0,001 begann, um zunächst eine eventuelle tuberkulose Reaktion abwarten bzw. ausschließen zu können. Trat kein oder nur geringes Fieber auf, so wurde nach 2 Tagen eine Dosis von 0,005 bis 0,007 verabfolgt. Trat eine Reaktion auf, wenn auch nur bis 37⁸, so wurde nach den Temperaturabfällen die gleiche oder eine etwas höhere Dosis injiziert. Langsam wurden dann die Mengen gesteigert bis auf 0,1, 0,2, 0,3, auch darüber. Als gelungen betrachtete *F.* die Behandlung, wenn es gelang, Temperaturen bis zu 39° mit steilem Aufstieg und ebensolchem Abfall zu erzielen. Zu achten ist auf die kumulierende Wirkung. Kranke mit sehr schlechtem Ernährungszustand, stärkeren Herz- oder Nierenkrankheiten schloß *F.* von der Behandlung aus. Selbstverständlich wurde dabei das Allgemeinbefinden, der Puls usw. genauestens kontrolliert. Nebenbei wurden feuchte Einpackungen, Bäder und Massagen je nach den individuellen Verhältnissen verordnet und auf reichliche Ernährung sowie geregelten Stuhlgang gesehen. In verschiedenen Fällen wurde die Injektionskur allein verordnet, in anderen mit einer Quecksilberbehandlung kombiniert. Unangenehme Nebenerscheinungen ernsterer Art wurden nicht beobachtet. Einigemale zeigten sich an den Injektionsstellen (des Oberarms oder Oberschenkels) Infiltrate, die jedoch niemals

51*



zu Eiterungen führten, vielmehr durch Alkoholumschläge wirksam bekämpft werden konnten. In einem einzigen Falle traten bei einem Kranken, der die verordnete Bettruhe sehr mangelhaft einhielt, Erscheinungen schwacher Herztätigkeit auf, jedoch kann der Zusammenhang dieser mit den Injektionen durchaus nicht als sicher gestellt angesehen werden. Manche Kranke hatten von den Injektionen überhaupt keine Schmerzen, andere klagten über leichte ziehende Beschwerden. Der Vortr. beschränkt sich darauf, von allen seinen Fällen nur zwei herauszugreifen, bei denen er den Krankheitverlauf eingehender darstellt.

Den einen Fall beobachtete er durch mehr als 3 Jahre ununterbrochen bis zu dem Tode des Kranken. Bei diesem handelte es sich um eine typische Taboparalyse, im Verlaufe welcher unter anderem die Pupillen lichtstarr wurden und die Kniereflexe verschwanden. In unmittelbarem Anschluß an die Injektionskur zeigten beide Pupillen mäßig schnelle, jedoch ausgiebige Reaktion auf Licht und wurden die Kniereflexe beiderseits auslösbar. Vortr. kann auf weitere sehr interessante Einzelheiten an dieser Stelle nicht eingehen und möchte nur bemerken, daß die Injektionskur bei diesem Kranken mehrfach wiederholt und mit einer Schmier kur kombiniert wurde, und daß die Pupillen noch 3 Tage vor dem Tode Reaktion zeigten.

In dem zweiten Falle handelte es sich um einen Kranken, der von einem der ersten Nervenärzte der betreffenden Stadt mit der Diagnose progressive Paralyse in die Klinik des Vortragenden eingewiesen wurde. Der Kranke zeigte bei der Untersuchung am 8. Mai 1911:

Die linke Pupille ist absolut lichtstarr, die rechte reagiert träge, die Kniereflexe sind different und sehr schwach auslösbar. Der Wassermann ist positiv. In psychischer Beziehung zeigt der Kranke schwere Depression, leichte Erschöpfbarkeit, er hält sich für hoffnunglos krank, klagt über schlechtes Gedächtnis und ist sehr schwer zu sprachlichen Äußerungen zu bewegen.

Am 15. Mai beginnt die Injektionskur mit 0,005, steigend bis 0,3 bei der 11. und letzten Injektion am 19. Juni. Die höchste Temperatur betrug 39,4. Anfang Juni zeigt sich der Beginn der Besserung in psychischer Beziehung. Am 20. Juni ist die Reaktion der rechten Pupille besser, am 30. Juni beginnt die Quecksilberkur, die am 4. August beendet wird. Anfang Juli benimmt sich der Kranke durchaus unauffällig, er verkehrt in der Gesellschaft, macht zunehmende Spaziergänge, glaubt, daß er gesunden wird, beginnt wieder an seine frühere Tätigkeit zu denken. Der sehr gestörte Schlaf ist ohne Medikation gut. Patient verträgt sogar einen ziemlich schweren Eisenbahnunfall, bei welchem er mehrfache schmerzhafte Quetschungen des Brustkorbes und Verletzungen der Extremitäten erlitten hat, ohne daß sein psychisches Befinden darunter leidet. Die Reaktion der Pupillen wird allmählich besser. Vor seiner Entlassung ist folgender Befund erhoben worden:



Die rechte Pupille reagiert prompt und ausgibig, die linke reagiert ebenfalls, jedoch wenig ausgiebig. Die Kniereflexe sind beiderseits gleich und deutlich auslösbar ohne Hilfsmittel. Der Wassermann ist negativ. Der Kranke erscheint der ihn begleitenden Frau vollkommen gesund. Er hat nach kurzer Zeit in zunehmendem Maße seine Tätigkeit wieder aufgenommen.

Der Vortr. ist sich dessen bewußt, daß man in der Deutung der oben angegebenen Befunde außerordentlich vorsichtig sein muß. Er legt auch viel weniger Gewicht auf die Besserungen in psychischer Beziehung, weil gerade die Taboparalyse und in geringem Grade die progressive Paralyse oftmals Remissionen aufweisen, die Heilungen vortäuschen können. Es ist auch bekannt, daß die Tabes häufig Schwankungen bezüglich der Pupillenbefunde und der an den Sehnenreflexen zeigt, welche sich zuweilen über viele Jahre erstrecken. Nicht bekannt ist dem Vortr. ein gleiches bezüglich so schwerer Fälle von Taboparalyse und progressiver Paralyse, wie er solche der Injektionsbehandlung unterworfen hat. Wenn nun in den verschiedenen Fällen, von denen der Vortr. aus Raummangel nur zwei angeführt hat, in mehr oder minder direktem Anschluß an das Fieber die bis dahin fehlenden oder stark herabgesetzten Pupillen- und Sehnenreflexe wiederkehrten, so dürfte doch der Schluß gerechtfertigt sein, daß diese Besserungen mit der Therapie in einen direkten Zusammenhang zu bringen sind. (In dieser Hinsicht hege er überhaupt keinen Zweifel bezüglich des zweiten Falles.) Nur müsse die Frage offen gelassen werden, ob die Diagnose der progressiven Paralyse zutreffend war, oder ob es sich um eine Form der Lues cerebri gehandelt hat, und zwar gerade mit Rücksicht darauf, daß die vorher positive Wassermannreaktion innerhalb weniger Monate negativ wurde. Der Vortr. kann sich auch nicht entschließen, das Verschwinden der Wassermannreaktion mit der Fiebertherapie in Verbindung zu bringen, sondern er glaubt hierfür die Quecksilberbehandlung verantwortlich machen zu müssen. Der Vortr. glaubt, daß aus seinen zurückhaltenden Schlußfolgerungen zu ersehen ist, daß er weit davon entfernt ist, vorläufig der Fiebertherapie (wie er sie kurz nennen möchte) bereits jene Bedeutung zuzuschreiten, wie dies *Pilcz* in seinen letzten Veröffentlichungen getan hat. Die bisherigen Erfolge erlauben keinesfalls auch nur im entferntesten die Möglichkeit zu behaupten, daß mit dieser Therapie Heilung einer progressiven Paralyse bereits einwandfrei nachgewiesen sei. Wenn es aber nur gelingen sollte, besonders bei noch nicht zu weit fortgeschrittenen Fällen, den Eintritt einer Remission zu beschleunigen und diese selbst zu vertiefen bzw. zu verlängern, so scheint diese Methode einer ausgiebigen Anwendung wert zu sein.

Klemens Bergl-Prag: Über das Verhalten des Liquor cerebrospinalis bei Luikern.

B. untersuchte in 30 Fällen von florider Lues Blutserum und Liquor mittels der „vier Reaktionen" und kam zu folgenden Resultaten:



Das Blutserum zeigte in allen Fällen Komplementbindung.
Pleozytose im Liquor fand sich in 18 Fällen (= 60 %).
Von diesen hatten:

10 Fälle Pleozytose allein ....(= 33,4 %)
3 Fälle Pleozytose und Ph. I. + (= 10,0 %)
4 Fälle Pleozytose und Wassermann im Liquor + ...(= 13,3 %)
1 Fall alle 4 Reakt. + ...(= 3,3 %)
(= 60,0 %)

Außerdem wurde das prozentuelle Verhältnis der Lymphozyten zu den polynukleären Leukozyten festgestellt und gefunden, daß die Zahl der letzteren durchschnittlich 53 % der Gesamtzahl betrug. Nur in 8 Fällen fanden sich weniger als 25 % polynukleäre Leukozyten und auffälligerweise fanden sich in diesen Fällen entweder klinisch nachweisbare nervöse Störungen oder Globulinvermehrung + Wassermann im Liquor oder beides.

Die Resultate geben auf die zugrunde gelegte Frage nach dem mittels der vier Reaktionen nachweisbaren Beginn der metaluischen Zerebralerkrankungen keine verwertbare Antwort, sind aber geeignet, die Ansicht zu stützen, daß die Pleozytose die Folge eines — je nach Überwiegen oder Zurücktreten der polynukleären Leukozyten — akuten oder mehr chronischen spezifischen entzündlichen Prozesses in den Meningen ist.

Die Fälle mit manifesten nervösen Erscheinungen — also vor allem jene mit polynukleären Leukozyten unter 25 % — legen den Gedanken an eine Beteiligung des Parenchyms des Cerebrums an dem Krankheitprozeß nahe.

B. teilt außerdem eine neue Methode zur Herstellung quantitativ exakt auszählbarer, gefärbter Trocken-, also Dauerpräparate mit.

D i s k u s s i o n. — *Tuczek*-Marburg: Die Referate über die Behandlung der Paralyse nahmen naturgemäß ihren Ausgangpunkt von der Frage der grundsätzlichen Heilbarkeit der Paralyse. Das ist der Grund, weshalb ich gleich zu Anfang der Diskussion mit wenigen Worten auf den von Herrn *Spielmeyer* erwähnten Fall eingehen möchte, den ich im Jahre 1884 als Anhang zu meinen Studien über die Paralyse unter der Bezeichnung: „Ein geheilter Paralytiker" veröffentlicht habe. Ich schicke voraus, daß ich das Material zu diesem Fall nicht nochmals eingesehen habe, daher aus dem Gedächtnis heraus berichte. Die damals von mir gegebene Schilderung der Krankheit auf ihrer Höhe habe ich der Darstellung des Herrn *Siemens* aus seiner Marburger Zeit entnommen. Die Besserung, die dann bis zu dem als Genesung bezeichneten Grade fortschritt, bahnte sich an nach einem schweren phlegmonösen Prozeß. Ich habe dann den Kranken fortdauernd bis zu seinem Tode im Auge behalten und wiederholt, zum Teil mit Herrn *Knoblauch*-Frankfurt a. M., untersucht. Er wurde tabisch und mußte sich bald pensionieren lassen. In seiner letzten Lebens-

periode bot er das Bild fortschreitender seniler Demenz. Seit jener Publikation und dem Zeitpunkt der Sektion hat sowohl die klinische wie die anatomische Diagnostik der Paralyse eine derartige Verfeinerung und Ausreifung erfahren, daß dem Maßstab, der heute angelegt werden müßte, der Fall kaum gewachsen sein möchte. Die Differentialdiagnose zwischen Paralyse und paralyseähnlichem Herd einer Hirnlues würde heute eine strenge Prüfung herausfordern. Eine noch eingehendere, etwa auch durch experimentell-psychologische Untersuchung ergänzte Prüfung der Intelligenz des Genesenden würde vielleicht doch eine Heilung mit Defekt ergeben haben. Und, wenn es sich etwa um einen Mann mit einem verantwortlicheren Beruf und höheren Anforderungen an Anpassungsfähigkeit gehandelt hätte, würde vielleicht die Lebensprobe doch Defekte ergeben haben.

Zum anatomischen Befund trage ich nach, daß sich im Stirnhirn eine Lichtung des Fasergehaltes ergab. Dieser Befund ist, wie wir heute wissen, nicht eindeutig; größere Bedeutung kommt der *Nißl*schen Feststellung an den Ganglienzellen zu. Doch fehlt gerade die jetzt so bedeutsam gewordene Untersuchung der feineren Strukturverhältnisse des Zwischengewebes. Vielleicht läßt sich das noch nachholen. Ich möchte meine heutige Stellungnahme zu dem Fall so formulieren, daß, wenn ich ihn heute zu veröffentlichen hätte, ich vielleicht das Wort „geheilter" in Gänsefüßchen fassen würde.

Fischer-Prag teilt mit, daß sich nach seinen Erfahrungen aus der letzten Zeit die Resultate der Nuklein- und Tuberkulintherapie gleich günstig zeigen; er empfiehlt auch abwechselnd Nuklein und Tuberkulin zu injizieren, da man dann mit geringeren Dosen auskommt. Die günstigen Erfahrungen *von Wagner*s mit der kombinierten Hg-Behandlung haben ihn veranlaßt, nach einer Kombination von Quecksilber und Nuklein zu suchen; ein derartiges Präparat, das Nukleinquecksilber der Gesellschaft für chemische Industrie in Basel, hat *F.* gerade in Verwendung; dasselbe zeichnet sich dadurch aus, daß es eine besonders hohe Leukozytose macht, und die bisherigen Erfolge scheinen viel zu versprechen.

F. betont, daß es einstweilen noch notwendig sein wird, ganz systematisch die Bedingungen zu studieren, unter denen es zu Remissionen oder gar zu „Heilungen" der Paralyse kommt, und meint, daß nach den bisherigen Erfahrungen zu den wichtigsten Bedingungen eine Blutleukozytose gehört. Deswegen hat er versucht, dieselbe auch noch mit anderem Mittel hervorzurufen wie z. B. mit dem Chaulmoograöl, das, per os oder subkutan gegeben, auch eine beträchtliche Leukozytose macht, ebenso mit dem Antileprol, einem gereinigten Chaulmoograöl von Bayer u. Co. Da bekannt ist, daß auch die radioaktiven Substanzen zu einer Blutleukozytose führen, wäre es nicht ausgeschlossen, auch diese zur Therapie der Paralyse zuzuziehen.

Stransky-Wien würde angesichts seiner relativ nicht zu großen



persönlichen Erfahrung nicht das Wort ergreifen, wäre er nicht der einzige hier anwesende Vertreter der Wiener Schule. Als solcher möchte er hier nur sagen, daß *v. Wagner* ganz besonders die Notwendigkeit betont, tunlichst initiale Fälle — wie man sie nicht in dem Maße in Anstalten sieht als in Privatsanatorien oder in der Sprechstunde — mit Tuberkulin zu behandeln. Über die von ihm zurzeit befolgte Methode hat sich *v. W.* erst kürzlich wieder geäußert (Wiener klinische Wochenschrift 1912, Nr. 1), daher Redner darauf nicht zurückzukommen braucht; nur soviel, daß die Methodik von *v. W.* gewissermaßen empirisch ausgewertet wurde und an sich nichts Prinzipielles ist. *v. W.* verbindet die Tuberkulinbehandlung mit Vorteil mit zwischendurchlaufenden Quecksilberinjektionen (Hg. succinimidatum). Die Zahl, Dauer und Tiefe der Nachlässe findet *v. W.* bei den von ihm mit Tuberkulin behandelten Fällen erheblich größer, als er es je vorher bei Paralysen fand; nicht ganz wenige der Fälle wurden wieder beruffähig in den Remissionen; auch sah *v. W.* bei demselben Kranken wiederholt Remissionen auftreten, zumal bei Reprisen der Behandlung. Ähnlich sind die Erfahrungen von *Pilcz*, wie dieser dem Redner mitgeteilt hat. Bezüglich anderer Details sei auf die Mitteilungen *v. W.*s und *P.*s verwiesen. (Nachtrag: Nach einer mündlichen Mitteilung *v. W.*s hat dieser einige Fälle gesehen, die von *Fischer* nach dessen Methode behandelt worden sein sollen und sehr weitgehende Remissionen darboten.) Versuche *v. W.*s mit Staphylokokkentherapie sind noch nicht abgeschlossen. *Stransky* bemerkt dann noch zu den Ausführungen *Schröders*, daß man bei der Paralyse in manchen Fällen doch wohl von echten Remissionen sprechen müsse; namentlich scheint dies dann der Fall zu sein, wenn eine degenerative Anlage mit der paralytischen Disposition ringt; zumal bei den zirkulären Paralysen kann man daran denken; Redner erinnert an die Anschauungen *v. W.*s, wonach Disposition ein Komplement habe: Immunität; es sei doch auffällig, wie selten an schwere degenerative Geistesstörungen nachträglich eine Paralyse anschließt; bezüglich des manisch-depressiven Irreseins hat das schon *Pilcz* hervorgehoben, und *Stransky* konnte es neuerdings wieder bestätigen. Natürlich sind damit die von *Schröder* geschilderten Fälle nicht zu verwechseln, gerade diese Fälle scheinen sehr oft degenerativ belastet, und gerade sie zeigen (Kampf der Anlagen) nicht selten Remissionen.

Anton-Halle führt aus, daß er den Berichten über Salvarsanbehandlung der Paralyse, welche aus seiner Klinik durch Dr. *Willige* veröffentlicht wurden, leider summarisch hinzufügen müsse, daß trotz Verbesserung der Technik sich eher ungünstige Resultate ergeben haben.

Der Gedanke der Serotherapie und der Behandlung durch diverse abgetötete Bakterienkulturen dürfte keineswegs verlassen werden, sintemal die Zahl der Fälle doch beachtenswert ist, wo interkurrente Infektionskrankheiten die Paralyse gebessert haben. *A.* selbst wurde in den letzten Jahren überrascht durch zwei Fälle, wo ein interkurrenter Gesichtsrotlauf



die Paralyse auf längere Zeit zum Stillstand gebracht hat. Bezüglich dieser Frage muß er ausdrücklich auf die Arbeiten des Direktor *Boeck* (*E. Boeck*: Versuche über die Einwirkung künstlich erzeugten Fiebers bei Psychosen Jahrb. f. Psych. 1896 S. 199; daselbst auch Bericht über Tuberkulininjektion) in Troppau verweisen, welche bereits vor 15 Jahren erschienen sind.

In einem Punkte wolle er die vortrefflichen Berichte der Herren Vorredner wenigstens durch eine Fragestellung ergänzen. Es sei wohl Zeit, sich die Frage vorzulegen, wie weit die Paralyse operativ angegangen werden kann, sintemal es derzeit möglich sei, ohne lange Narkose, auch ganz ohne Narkose mehr durch Lokalanästhesie, das Gehirn zu eröffnen. Er habe dabei folgende Gesichtspunkte vorzubringen:

Wenn auch beim fertigen Menschen die Beziehungen zwischen Gehirn und Organismus sehr regsame sind, so darf doch nicht außer acht gelassen werden die auffällige biologische Selbständigkeit des Gehirn- und Rückenmarkorganes. Das Gehirn entwickelt sich relativ selbständig. Gehirngröße und Körpergröße gehen nicht parallel. Bei Anenzephalen findet sich übrigens oft ein beträchtliches Körpergewicht. In der Kindheit wächst das Gehirn nach ganz anderen Gesetzen. Mit 2 Jahren erreicht es schon zwei Drittel seines Gewichts zum Unterschiede vom Körperorganismus. Bei Krankheitprozessen und bei Inanition nimmt das Gehirn wenig Anteil an der hochgradigen Abmagerung und am Gewichtsverluste des Organismus.

Dieses andersartige Verhalten tritt bekanntermaßen auch gegenüber der syphilitischen Infektion zutage. Es steht sicher, daß gerade bei den syphilitischen Nachkrankheiten die Körperorgane relativ frei von luischen Erkrankungen geblieben sind. Das kann wohl jeder bestätigen, der einmal 100 Paralytiker obduziert hat. Ja, in dem Referat von *Plaut* wurde ausdrücklich erklärt, daß jene speziellen Infektionen, welche lange latent bleiben und die Körperorgane relativ verschonen, größere Chancen geben für eine spätere paralytische Erkrankung.

Die Sonderstellung des Nervenapparates läßt sich auch illustrieren durch das Verhalten gegen die Medikationen. So wird z. B. Jod bei entsprechender Therapie nicht im Liquor cerebrospinalis nachgewiesen. Wir alle wissen, daß die Quecksilberbehandlung anders wirkt auf die syphilitische Erkrankung der Körperorgane wie auf die des Gehirns. Trotzdem wird fast ausschließlich bisher die Medikation dem Körper einverleibt in der Erwartung, daß von da in gleichem Maße auf das Gehirn gewirkt wird, eine Erwartung, welche bekanntlich meistens nicht zutrifft.

Was nun die direkte Einwirkung auf das Gehirn betreffe, so hätten *v. Bramann* und er durch ein einfaches Verfahren das Balkendach eröffnet (Balkenstich) und bei den zahlreichen Operationen dabei Gelegenheit genommen, die Ventrikel zu sondieren. Dadurch brauche es nur eine Abänderung des Verfahrens, um mittelst doppelläufiger Kanüle die Medikation an eine Stelle des Gehirns zu bringen, von wo aus auf das gesamte



Nervensystem rasch eingewirkt werden kann. Es könne dabei sowohl eine Applikation von Medikamenten als auch eine Durchspülung des Gehirnes vorgenommen werden. Sie verwandten für letztere isotone Lösungen (*Ringer*). Die Erfolge des Verfahrens könne er noch nicht registrieren. Tatsache sei, daß das Verfahren möglich ist.

Dabei war auch der Gesichtspunkt beachtenswert, daß jene Teile direkt angegangen werden, welche für die Beschaffenheit des Liquor cerebrospinalis maßgebend sind, nämlich das Ependym und die Plexus. Letztere, wohl sicher drüsige Organe, seien für den Heilplan in Betracht zu ziehen; wenn auch ihre Rolle bei der fortschreitenden Paralyse noch nicht klargelegt sei.

Falls sich diese Applikation und operative Beeinflussung des Gehirns bewähre, könnten auch einfachere Prozeduren, unter anderem die *Neißer*sche Ventrikelpunktion in Betracht kommen, eventuell die *Quincke*sche Lumbalpunktion, wie dies mit letzterem Verfahren bei Meningitis cerebrospinalis epidemica bereits durchgeführt werde.

Zum Schlusse verweise er auf das Verfahren von *Horsley*, welcher die Gehirnoberfläche mit 1 : 1000 Sublimat abspült, allerdings nachdem ein Stück der Dura ausgeschnitten wurde.

Cramer-Göttingen berichtet über einen vor 20 Jahren mit einer Fontanelle behandelten Paralytiker, der jetzt trotz Tabes mit periodischer Depression seinen Beruf ausfüllt. 10 mit Salvarsan behandelte Fälle zeigten Verschlechterung. Persönlich habe er den Eindruck, daß unter 10 Fällen 4 mal das Tuberkulin nachhaltige Remission herbeigeführt habe, indem Kardinalsymptome wie Sprachstörung verschwänden, die Kniereflexe sich besserten, aber die Pupillarreaktion keine Änderung zeigte.

Plaut-München: An der psychiatrischen Klinik in München wurden nach Absendung der Berichte an den Ref. Prof. *Meyer* die therapeutischen Versuche vorwiegend mit kombinierten Salvarsan-Nukleinkuren fortgesetzt. Wenn wir auch bei ausschließlicher Anwendung des Salvarsans einige gute Remissionen beobachteten, so schien uns doch noch eine günstigere Wirkung bei Kombination mit Nuklein einzutreten.

Immerhin waren die bisherigen Erfolge auch hierbei nicht so überwältigende, daß wir eine therapeutische Einwirkung mit völliger Sicherheit anzunehmen uns für berechtigt halten; aber wir halten sie doch für nicht unwahrscheinlich. Wir befolgen zurzeit folgenden Kurplan bei Paralyse:

Salvarsan: 1. Injektion 0,2
2. ,, 0,4
3. ,, 0,6
4. 5. u. 6. ,, je 0,6

Gesamtdosis somit 3,0; Intervall je 8 Tage. Hierauf Nuklein, bis 2,0 pro injectione, für 2 Monate. Dann wiederum Salvarsan 3,0 wie oben. Anschließend hieran für mehrere Monate Nuklein.



Wir verwenden also Salvarsan in großen Dosen und haben uns von der Harmlosigkeit des Salvarsans bei Paralyse völlig überzeugt.

Was in den Frühstadien der Syphilis an störenden Nebenwirkungen beobachtet wurde (z. B. Labyrintherkrankungen), ist bei Paralyse nicht mehr zu befürchten. Bemerkenswert ist die deutliche Einwirkung des Salvarsans in gehäuften Dosen auf die Pleozytose des Liquor bei Paralyse; es ist möglich, die Zellzahl auf Normalwerte herabzudrücken, was mit Hg. nicht gelingt. Daraus ist zu folgern, daß das Salvarsan die entzündliche Komponente des paralytischen Prozesses beeinflußt.

Mit der Auswertung des Liquor nach *Hauptmann* haben wir recht günstige Erfahrungen gemacht und können bestätigen, daß eine Unterscheidung der Lues ohne Beteiligung des C.-N.-S. von Lues cerebrospinalis auf diesem Wege in vielen Fällen durchführbar ist. Es kommen Ausnahmen von der Regel vor, die jedoch selten sind.

Eccard-Frankenthal: Auch ich habe im Verlaufe der letzten 2 Jahre im ganzen 11 Fälle von progressiver Paralyse resp. Taboparalyse mit den neuen Mitteln behandelt. Es waren durchweg sogenannte frische Fälle, das heißt solche, bei welchen die jedenfalls schwereren Symptome wahrscheinlich nicht oder nicht viel über ein Jahr zurücklagen.

Die meisten waren auch nicht als Geisteskranke in die Anstalt eingewiesen, sondern teils zur Feststellung der Diagnose, teils zur Beobachtung, ob überhaupt noch ein Heilversuch sich empfehle, von Berufsgenossenschaften und der Landesversicherungsanstalt.

In keinem der Fälle wurden störende Komplikationen oder Nacherkrankungen, die dem Mittel zur Last gelegt werden konnten, beobachtet.

Beim Tuberkulin traten einigemale mit kurzem, sehr hohem Fieber verbundene Lokalreaktionen ein, erst aber, nachdem man bei höheren Dosen angelangt war.

7 Fälle wurden mit intravenösen Salvarsaninjektionen, zum Teil 0,7 auf einmal, zum Teil in wiederholten kleineren Dosen (2—3 mal 0,35/200) behandelt ohne einen Erfolg, jedenfalls ohne einen, der über das hinausgeht, was man auch bei der bisher üblichen Behandlung von progressiver Paralyse sieht.

In 3 Fällen von Behandlung mit steigenden Tuberkulininjektionen (0,01 bis 1,0 g Alttuberkulin) war ein Erfolg ebenfalls nicht zu erkennen, dagegen trat im vierten Falle, der noch in Behandlung steht, dieselbe auffallende, rasch einsetzende Besserung auf, wie sie Herr Dr. *Friedländer* in seinem Falle ebenfalls beobachtet hatte.

Nach etwa 300 mg trat auffallend rasch Besserung ein, die gelegentlich der Augenspiegeluntersuchung geprüften, lichtstarren Pupillen reagierten wieder deutlich, wenn auch noch träge und leicht entrundet, rechts > links, die nur andeutungweise auslösbaren Kniesehnenreflexe traten wieder ein, das aufgeregte Wesen mit seinen floriden und läppischen Größenideen wurde komponiert und geordnet. Während er nicht mehr



9 × 7, 76—18 usw. rechnen konnte, ging dies auch wieder, die häsitierende, silbenstolpernde Sprache wurde fast ganz gut.

Sein reduzierter körperlicher Zustand hob sich rasch ohne aber in das Gegenteil, allzu große Adipositas, umzuschlagen, und das alles nicht im Verlauf von Monaten, sondern in ganz kurzer Zeit, so daß im Verlauf von 2 Wochen nach der rasch eintretenden Besserung dieser unverkennbar gute Zustand eingetreten war.

Fränkel-Lankwitz hat 60 Fälle mit Salvarsan und Nat. nucleinic. gespritzt und nur einmal eine kurz dauernde Remission gesehen. Ein Generalstabsoffizier, der mit 25 Injektionen Nat. nuclein. behandelt wurde, ist jetzt wieder im Dienst.

Raecke-Frankfurt a. M.: Man muß scharf unterscheiden zwischen den Ergebnissen der Salvarsanbehandlung in der früheren Anwendungsweise, die unzuverlässig war, und nach der neueren Methode, die bestehe in intravenöser Gabe fortgesetzter kleiner Dosen, bis 3 g mindestens erreicht sind, und zwar abwechselnd mit Kalomelinjektionen. Die letztere zielbewußtere Methode ist noch ganz ungenügend erprobt, obgleich sie bessere Aussichten bietet. In Frankfurt habe er bei dieser Methode nie unangenehme Folgen gehabt. Wieweit die dabei beobachteten Remissionen in kausalem Zusammenhang mit der Behandlung standen, läßt sich bei der Kürze der Behandlungszeit noch nicht entscheiden.

Kraepelin-München bestätigt die *Plaut*schen Erfahrungen. In einzelnen Fällen fand sich eine Idiosynkrasie gegen Nuklein, die durch purinfreie Kost gehoben werden konnte.

Groß-Rufach: In Rufach werden alle neuaufgenommenen Paralytiker systematisch mit Einspritzungen von Nat. nuclein. behandelt. Die Spritzkuren von 12—15 g Nat. nuclein. werden mehrfach, in der Regel dreimal, wiederholt, in die Intervalle je eine antiluische Kur (Unguent. ciner. oder Enesol kombiniert mit Jodkali) eingeschoben und die Behandlung mit einer solchen auch abgeschlossen. Während der Nukleineinspritzungen Darreichung von Arsen und Eisen. Außerdem, je nach dem somatischen und psychischen Zustand, Freiliegekuren oder Dauerbäder.

Die Erfolge sind bisher, insbesondere bei frischen Fällen, recht befriedigende. Besonders zu bemerken war fast durchweg eine auffällige Besserung des Kräftezustands unter Zunahme des Körpergewichts. Auf psychischem Gebiet wurde in der Regel Beruhigung erzielt unter Wiederkehr der Orientierung und Zurücktreten der Wahnideen.

Meines Erachtens dürfte der wesentlichste Effekt der Nukleinbehandlung in der Hebung des Kräftezustands zu suchen sein, womit erst die Möglichkeit energischer antiluischer Behandlung gegeben und diese dann gut vertragen wird.

Brückner-Friedrichsberg hat von Salvarsan keine Erfolge gehabt.

Kafka-Hamburg: 1. Wenn wir der Therapie der Paralyse durch direkte Kontaktwirkung von der Zerebrospinalflüssigkeit aus das Wort

reden, dann werden wir, wenn wir nicht an die direkte chirurgische Beeinflussung oder die Spinalinjektion denken können, immer wieder an die komplizierten Verhältnisse des Liquor cerebrospinalis erinnert. Sehen wir doch, daß die meisten Stoffe auch bei der Paralyse nicht in den Liquor übergehen, eine Reihe anderer aber — und neuere Untersuchungen scheinen uns immer neue kennen zu lehren —, die eine chemische Affinität zu der Gehirnsubstanz haben, in Mengen übertreten, die sich zu der im Blutserum enthaltenen wie 1 : 2 oder 1 : 4 verhalten, ja diese sogar übertreffen können (*Schottmüller* und *Schumm*: Alkohol); auch unsere Kenntnisse über das Verhalten der den Liquor sezernierenden Gewebe gegenüber Immunkörpern erweitern sich nur allmählich. Es ist anzunehmen, daß erst reiche Erfahrungen solcher Art uns den Weg weisen werden, um einen wie immer wirksamen Körper in solcher Dosierung und solcher Art einzuverleiben, daß er vom Liquor aus seine Heilwirkung entfaltet.

2. Die interessanten Befunde von *Bergl*, eigene Untersuchungen, die positive Wa.-R. im Liquor und Haemolysinübertritt vor Auftreten sicher paralytischer Symptome zeigten, die *Bisgaad*schen Arbeiten, die erweisen, daß der Liquor cerebrospinalis der Paralytiker andere Eiweißarten enthält als die Zerebrospinalflüssigkeit von an Lues cerebri Leidenden, und andere Tatsachen drängen dazu, den in dieser Versammlung schon angeregten Liquoruntersuchungen der Luiker in allen Stadien und mit allen Methoden (besonders auch Eiweiß- und Hämolysinbestimmungen), so weit es eben möglich ist, entschieden das Wort zu reden, weil dies für die Pathogenese der Paralyse, für die Frage, wann und warum wird ein Syphilitiker paralytisch?, von großem Werte sein könnte.

Friedländer-Hohe Mark macht auf zwei wichtige Punkte aufmerksam. Was die Methodik der Einspritzungen betrifft, so wird dieselbe aus seiner Arbeit zu ersehen sein. Er möchte nur davor warnen, die Einspritzungen in zu schnellem Tempo und zu hoher Dosis vorzunehmen. Unter allen Umständen empfiehlt es sich, mit einer Probeinjektion von 0,0005 zu beginnen und eine eventuelle tuberkulöse Reaktion abzuwarten. Bleibt dieselbe aus, so kann mit der Injektionskur begonnen werden. Des weiteren empfiehlt er nicht, die Fiebertherapie mit der spezifischen (Sublimatinjektion oder Einreibungen mit einem Quecksilberpräparat) gleichzeitig zu verwenden

1. aus Schonung für den Kranken und
2. um ein eindeutiges Resultat der Fieberwirkung zu erhalten.

Spielmeyer-Freiburg hält eine anatomische Nachuntersuchung der Stücke des Falles *Tuczek* für wünschenswert.

4. Sitzung Freitag, 31. Mai, nachm. 2 Uhr.

Stertz-Bonn: Über subkortikale sensorische Aphasie nebst allgemeinen Bemerkungen zur Auffassung aphasischer Symptome.

Vortr. berichtet über 2 Fälle von Paralyse, bei denen sich eine partielle „reine Worttaubheit“, das eine Mal als erstes erkennbares Krankheitsymptom der Paralyse, das andere Mal nach einjährigem Bestehen derselben, entwickelt hatte und konstantes Herdsymptom verblieben war. In dem zur Sektion gekommenen ersten Falle fanden sich auf beide Schläfenlappen beschränkte Degenerationen der kortikalen Markfasern und Veränderungen besonders in der dritten Zellschicht, neben allgemeinen chronisch entzündlichen Veränderungen paralytischer Natur.

Es werden die Lokalisationsmöglichkeiten der reinen Worttaubheit im allgemeinen besprochen und im vorliegenden Falle mangels subkortikaler Veränderungen der Prozeß in der Schläfenlappenrinde als anatomische Grundlage angenommen.

Bei der Deutung des aphasischen Komplexes wird die Möglichkeit des Hinzukommens bisher nicht näher lokalisierbarer intra- bzw. interkortikaler Systemerkrankungen erwogen. Die Anwendung physiologischer Gesetze auf diese Systeme im Sinne funktionell zusammengehöriger Neuronenverbände wird für die Erklärung des Symptoms der akustischen Unerreichbarkeit, der fehlenden Selbstwahrnehmung des Defekts, des auffälligen Schwankens der klinischen Erscheinungen usw. mit herangezogen. (Ausführliche Veröffentlichung erfolgt am anderen Ort.)

Weygandt-Hamburg: Erweiterungen und Reorganisationen in der Hamburger Irrenpflege, ein Beitrag zu der Frage: Umbau oder Neubau (mit Demonstrationen).

Hamburg hat erst 1864 Friedrichsberg als damals hochmoderne Anstalt errichtet. Gegenwärtig zählen Friedrichsberg und Langenhorn etwa 2900 Kranke, dazu das Hafenkrankenhaus 10 Geisteskranke und das Delirantenhaus in Eppendorf 20 Kranke. Wegen der enorm rasch wachsenden Bevölkerungsziffer, der fluktuierenden Bevölkerung vor allem im Hafen und anderer Umstände ist ein rasches Fortschreiten der Irrenfürsorge notwendig. Langenhorn bekommt etwa 500 neue Plätze. an eine dritte Anstalt muß gedacht werden, aber auch Friedrichsberg bedarf dringend der Reorganisation. Seine veraltete Heizung, Gasbeleuchtung, mangelhaften Bäder usw. müssen alle modernisiert werden. Bei der Frage: Umbau oder Neubau? überwogen die Gründe für ersteren. Letzterer wurde allerdings befürwortet durch die lebhafte vorstädtische Umgebung der Anstalt sowie den mittlerweile hochgestiegenen Geländewert.

Für einen Umbau sprach jedoch folgendes: Für rasche und zweckmäßige Unterbringung Neuerkrankter, besonders Selbstmordverdächtiger ist die Stadtnähe sehr wichtig; die Angehörigen frischer Fälle wollen leicht zu Besuch kommen können; die Pensionäre 1. und 2. Klasse sollen nicht weit von der Stadt untergebracht sein. Die Anstalt betreibt lebhaft Fortbildungskurse, Physikatskurse, wissenschaftliche Ärzteabende u. dgl. Der Patientenaustausch mit den allgemeinen Krankenhäusern ist oft segensreich. Zu berücksichtigen ist ferner, daß die stehenden Gebäude



zum größten Teil noch wertvoll sind, und daß im Hamburger Staatsgebiet nur sehr schwierig noch Platz für solche Zwecke zu haben ist.

Die Aufgabe ist: Erneuerung der Zentraleinrichtungen, Abschaffung der Überfüllung, Einrichtung besonders geeigneter Gebäude für die verschiedenen Krankenkategorien.

Das neue Kesselhaus soll elektrische Leitung, Zentralheizung, Warmwasserleitung besorgen. Ferner eine neue Küche, außerdem Verwaltungsgebäude unter Verlegung des Haupteingangs, zwei Werkstättengebäude, Gewächshausvergrößerung (mit Aufenthaltraum).

Abgerissen werden nur die zwei alten Baracken und der Zellenbau.

An neuen Pavillons sind geplant 1. zwei Häuser für je 65 Unruhige mit Liegehallen, 18 kleinen Wachsälen und Dauerbädern auf jeder Seite; 2. zwei Lazarette für 70 pflegebedürftige Kranke mit Dauerbädern, Liegehalle, schiefen Ebenen statt Treppe usw.; 3. zwei Pavillons für unruhige Kranke 3. Klasse; 4. zwei offene Häuser für je 30 Rekonvaleszenten, die vor der Entlassung erst noch bei offener Tür gehalten und beschäftigt werden sollen; 5. Anbau an jedes der beiden Pensionate mit Badesaal, Tageraum, offener Abteilung; 6. Haus für 30 Jugendliche männlichen Geschlechts.

Die Laboratorien werden bedeutend vergrößert, ferner auch die Wohnungen für Ärzte und besonders für das Personal.

An sich kann bei der Eigenart Hamburgs nicht unter 1500 Kranke gegangen werden, eine hohe Zahl, die aber doch auch gewisse Vorzüge hat, vor allem hinsichtlich der Pflege der Wissenschaft.

Diskussion. — *Kolb*-Kutzenberg empfiehlt große Anstalten nur dann zu bauen, wenn ein anderer Weg nicht möglich erscheint, möglichst immer müsse man im Interesse der Ärzte, die sich der Anstalttätigkeit widmen, kleinere und zahlreiche Anstalten bauen.

Max Fischer-Wiesloch: Zur Frage der großen Anstalten habe ich mich andernorts eingehend geäußert; es wird immer in der Irrenversorgung Lagen geben, wo diese Lösung trotz aller Bedenken als die richtige anerkannt werden muß.

Im übrigen möchte ich kräftig das Wort unterstreichen: Neubau, nicht Umbau!

Freilich gibt es Ausnahmen. Wir in Baden haben beides erlebt. Wir haben das alte Illenau in glücklicher Weise baulich reformiert, wir sind aber jetzt daran, das noch ältere Pforzheim ganz aufzuheben, d. h. in einer neuen Ersatzanstalt aufgehen zu lassen.

Herrn Kollegen *Weygandt* will ich gerne zugeben, daß auch für sein Friedrichsberg die Notwendigkeit der Erhaltung und Umgestaltung vorliegt; aus dem Lageplan ist ja auch zu ersehen, daß so ziemlich eine neue Anstalt um die alte herum entstehen soll.

Unrettbar kommt aber für jede ältere Anstalt einmal die Zeit, wo man aufhören muß, weitere Mittel in sie zu stecken, wenn man nicht direkt unrationell wirtschaften will.



Da erhebt sich denn die Frage: „Was wird später aus unseren alten Irrenanstalten?“

Diese Frage wird immer aktueller werden und künftighin naturgemäß immer häufiger zu beantworten sein.

Verkaufen oder niederreißen und neu aufbauen.

Die praktischen Amerikaner, die ihre Pavillons leicht, billig und nicht auf Dauer bauen, brennen, wie ich mir habe sagen lassen, die unzeitgemäß und wertlos gewordenen Krankenhäuser einfach ab und erstellen dafür neue — das alte Bauernrezept!

Eine regressive Metamorphose unserer Anstalten in Klöster werden wir wohl kaum zu befürchten haben!

Dagegen werden wir um so sicherer mit einer Umwandlung der alten Anstalten in andersartige Fürsorgeunternehmungen der Krankenpflege und der Wohltätigkeit rechnen können.

Es gibt ja noch so viele wichtige kulturelle und soziale Aufgaben, die noch der Erfüllung harren und nach einem Unterkommen, einer Örtlichkeit des Wirkens förmlich schreien — Siechenasyle, Krüppelfürsorge, Arbeitsanstalten, Unterbringung epileptischer, idiotischer und schwachsinniger Kinder, psychopathischer Jugendlichen und der Grenzzustände überhaupt usw.

Für solche sehr bedeutsame Zwecke werden späterhin unsere alten Anstalten herhalten sollen. Und wir werden uns an den Gedanken gewöhnen müssen, auf diese Weise mit der Zeit manche der uns lieb gewordenen Stätten aufzugeben.

So erleben wir auch auf diesem Gebiete das Gesetz vom Wechsel aller Dinge, vom ewigen Werden und Vergehen!

Weygandt (Schlußwort): Die Ausführungen der Herren Kollegen *Fischer* und *Kolb* kann ich gewiß unterschreiben, daß kleinere Anstalten in vielen, vielleicht den meisten deutschen Landesteilen vorzuziehen sind und vor allem hinsichtlich der irrenärztlichen Laufbahn manches Gute haben. Indes wäre bei einer Forderung von Millionen zur Reorganisation unter gleichzeitiger Verminderung des Krankenbestandes auf $^1/_3$ aus schwerwiegenden finanziellen Gründen überhaupt nichts zu erreichen gewesen. Hinsichtlich der Frage, was später einmal aus einer endlich doch abzubrechenden Irrenanstalt werden soll, bin ich der Anschauung, daß gerade bei Friedrichsberg, falls es einmal nach 50 Jahren doch verlegt werden müßte, das Gelände ausgezeichnet zu verwerten ist, und zwar nicht nur als wertvoller Baugrund, sondern man wird auch glücklich sein, dann in der volkreichen und dicht bebauten Großstadt noch ein hygienisch geradezu unschätzbares Parkgelände zu besitzen.

Fischer-Prag: Ein Beitrag zur Presbyophreniefrage.

Auf Grund weiterer Studien über die Klinik und Anatomie der senilen Psychosen, die sich jetzt bereits auf ein Material von 430 Fällen



beziehen, bestätigt *F.* wieder seine früheren Angaben über die Klinik und Anatomie der presbyophrenen Demenz. Eine ausführliche Publikation wird demnächst erfolgen.

Stier-Berlin: Die funktionellen Differenzen der Hirnhälften und ihre Beziehungen zur geistigen Weiterentwicklung der Menschheit.

Drei Tatsachen sind es, die uns gelehrt haben, daß die beiden Hirnhälften trotz ihrer anatomisch offenbar völlig übereinstimmenden Struktur doch funktionelle Differenzen aufweisen. Die alten Erfahrungen der Pathologie haben uns gelehrt, daß die Zentren für die Sprache, für Lesen, Schreiben und die höchsten motorischen Funktionen rein oder fast rein einhirnig angelegt sind, neue Erfahrungen über die Dyspraxie der linken Hand bei Rechtsgelähmten haben erwiesen, daß die eine Hirnhälfte sogar bis zu gewissem Grade die Funktionen der anderen dirigiert, und die Erfahrungen der Physiologie über die Rechtshändigkeit zeigen, daß manche an sich in beiden Hirnhälften vorhandene Zentren doch funktionell verschieden sind. Durch Schaffung geeigneter Untersuchungsmethoden hat Vortragender erwiesen, daß gleichgerichtete, wenn auch weniger hochgradige funktionelle Unterschiede auch für die Zentren der Bewegung der Beine, des Mundfazialis, ja auch des Augenfazialis bestehen.

Ordnen wir nun die Hirnzentren nach der Intensität der bei ihnen sich findenden hemilateralen funktionellen Differenzen, so ergibt sich, daß diese Differenzen am intensivsten sind bei den spezifisch menschlichsten Hirnleistungen — Sprechen, Lesen, Schreiben, Sprachverständnis, Praxie, Bewegungen der Hand, des Beines, Gesichtes — und daß sie fehlen bei den Leistungen, die nicht spezifisch menschlicher Art sind — Kau-, Augenbewegungen, Seh-, Hörempfindungen. Auch in der Ontogenese des Menschen sehen wir die Funktionen mit den größten hemilateralen Differenzen am spätesten auftreten, z. B. die Sprache und Rechtshändigkeit beim Kinde.

Wir müssen demnach annehmen, daß die Entstehung einer funktionellen Differenzierung der Hirnhälften einen Fortschritt in der Menschheitsentwicklung bedeutet, da diese Differenz gerade bei den höchst entwickelten Hirnzentren sich zeigt, eine Annahme, die auch darin ihre Bestätigung findet, daß wir heute noch bei geistig hochstehenden Menschen in der Regel eine starke, bei schwachsinnigen eine geringere Differenzierung der Hirnhälften nachweisen können.

Am klarsten aber bestätigt wird die Annahme, daß eine ausgeprägte Lateralisierung der Hirnfunktionen die Voraussetzung darstellt für die höheren geistigen Leistungen, dadurch, daß fast die Hälfte der hörstummen Kinder, bei denen sich Krankheiten des Gehirns als Ursache der Hörstummheit nicht nachweisen lassen, leicht linkshändig, d. h. rechtshirnig veranlagt und durch die energischen Bemühungen der Eltern zu ambidextrischen oder, wie man in diesem Falle richtiger sagen müßte,



ambisinistrischen, also mit beiden Händen gleich ungeschickten Kindern erzogen sind. Die Entwicklung der Sprache und der anderen geistigen Funktionen tritt dann erst ein, wenn die eine Hirnhälfte, sei es die rechte oder sei es die linke, das funktionelle Übergewicht erhalten hat.

Die Differenzierung der Hirnhälften in ihrer Gesamtheit gegeneinander ist also anzusehen als der weitere Fortschritt der Differenzierung der einzelnen Hirnteile jeder Hemisphäre gegeneinander, wie wir sie in der aufsteigenden Tierreihe feststellen können, und dürfte im Interesse der weiteren geistigen Entwicklung der Menschheit, speziell der Vereinheitlichung unseres geistigen Lebens von Nutzen sein.

Diskussion. — *Gaupp*-Tübingen erwähnt, daß bei seinem kleinen Sohn, der Linkshänder ist und es trotz aller mütterlichen Erziehungsversuche bleibt, die Sprachentwicklung keineswegs verzögert war, sondern sogar sehr früh und sehr gut sich vollzogen hat. Er frägt ferner den Vortr., ob ihm bekannt ist, daß Linkshänder (*G.* selbst ist ein solcher) von selbst ebenso gut und rasch mit der linken Hand Spiegelschrift schreiben können als mit der rechten normale Schrift, und daß sich diese Fähigkeit allmählich mit den Jahren steigert.

Raecke-Frankfurt macht auf jene Fälle leichter zerebraler Kinderlähmung aufmerksam, bei denen die Schwäche der rechten Seite das Bestehen von Linkshändigkeit vortäuscht. Hier kann infolge Schädigung der linken Hemisphäre die Sprachentwicklung des Kindes zurückbleiben.

v. Grabe-Friedrichsberg bemerkt, daß manche Tiere bei ihren Bewegungen sicher die eine Körperseite bevorzugen; so springen manche Pferde unabhängig davon, wie sie zugeritten sind, beim Galopp lieber links an; ebenso bevorzugen Hunde beim Lauf oft die eine Seite.

Stier (Schlußwort): Psychologische Untersuchungen bei Linkshändern hat *Biervliext* in Gent gemacht, doch ist seine Teilung in Rechts- und Linkshänder nicht einwandfrei, seine Ergebnisse sind daher nicht beweiskräftig. Erschwerung des Sprechenlernens beobachtet man nicht bei ausgeprägt linkshändig veranlagten Kindern, da bei ihnen ja die rechte Hirnhälfte deutlich der anderen funktionell überlegen ist; es sind vielmehr die wenig differenzierten, leicht linkshändig veranlagten Kinder, die, wenn man ernste Umgewöhnungsversuche macht, schwer sprechen lernen. Der Einwand von Herrn *Raecke* ist sehr ernst zu nehmen; ich glaube aber Irrtümer nach dieser Richtung vermieden zu haben, da ich stets besonders darauf geachtet habe. Die Frage der Spiegelschrift ist sehr schwierig. Ich habe in meinem Buch ausführlich dazu Stellung genommen.

F. Stern-Kiel: Über die akuten Situationspsychosen der Kriminellen.

Als Situationspsychosen bezeichnet Vortr. in Anlehnung an einen Vorschlag *Siemerlings* diejenigen psychogenen Erkrankungen, welche in einer bestimmten, die Interessen des Individuums schädigenden oder bedrohenden Situation auftreten und in ihrem weiteren Verlauf durch weit-



gehende Abhängigkeit von dieser Situation ausgezeichnet sind. Besonders charakteristische Typen derartiger Erkrankungen bilden die akuten, meist in Untersuchungshaft auftretenden Verwirrtheits- und Hemmungszustände, welche bisher meist als hysterische Dämmerzustände oder hysterische Stuporen bezeichnet wurden. Eine Hervorhebung vor anderen hysterischen Erkrankungen empfiehlt sich aber 1. wegen der überwiegenden Häufigkeit derartiger Zustände bei Kriminellen; 2. wegen der nur in einem Bruchteil zugrunde liegenden hysterischen Konstitution; oft finden sich von konstitutionell psychopathischen Zeichen allein Instabilität, Reizbarkeit oder Debilität; 3. wegen der zahlreichen Beziehungen zu anderen mehr chronischen haftpsychotischen Komplexen, die man nicht hysterische nennen kann. Da aber in den mit Bewußtseinstrübungen verlaufenden Fällen, den Stuporen und Verwirrtheitszuständen, der hysterische Verlaufstyp sich erstens in der schnellen Umsetzung seelischer Erregungen in Bewußtseinsstörungen und zweitens darin zeigt, daß sich jedenfalls häufig die Psychose unter dem Einfluß einer bestimmten Willensrichtung, hier meist dem Willen zur Krankheit, entwickelt (*Bonhoeffer*), so kann man diese Erkrankungen als hysterische Situationspsychosen von den anderen Formen abtrennen. Die Abhängigkeit dieser Erkrankungen von einer bestimmten Situation zeigt sich an dem vom Vortr. bearbeiteten Material am besten dadurch, daß in 40 % der Fälle Milieuwechsel promptes Schwinden ausgesprochen psychotischer Erscheinungen in wenigen Stunden oder Tagen bedingte, Situationsverschlechterung in 55 % wiederholt, in 1,5 % mehr als zweimal, eine Psychose hervorrief, die bei Änderung des Milieus fast immer sich zurückbildete. Die Bezeichnung „Degenerationspsychose" ist wegen der schweren Umgrenzbarkeit dieses Begriffs weniger zu empfehlen; auch kommt es bisweilen vor, daß die Erkrankung auf nicht degenerativem Boden erwächst. Die Abgrenzung gegen epileptische und katatonische Erkrankungen, auch gegen Simulation, ist bisweilen schwierig.

Diskussion. — *Brückner*-Friedrichsberg erkundigt sich nach der Häufigkeit und Dauer der Amnesie bei den degenerativen Krankheitzuständen. Wieweit kommt retrograde Amnesie vor?

Moeli-Berlin: Simulationsgeständnis ist oft mehr ein Zeichen gegen als für Simulation.

Stern: Meist beginnt die Erinnerungslücke scharf mit Eintritt der Bewußtseinstrübung. In den selteneren Fällen, in denen retrograde Amnesie besteht oder gar auseinanderliegende Straftaten vergessen waren, weiß man nie, wieweit Vortäuschung in Betracht kommt.

Bischoff-Hamburg: Untersuchungen über das mittelbare und unmittelbare Zahlengedächtnis.

Um eine einfache, allgemein orientierende klinisch-psychologische Methode zur Prüfung der Gedächtnisleistungen bei Gesunden und Kranken zu gewinnen, bediente sich Vortr. einfacher vorgesprochener Zahlen als Reiz.



Die untersuchte Person hat die Aufgabe, diese Zahlen zunächst sofort, dann nach einer Minute ohne Ablenkung, dann nach einer Minute mit Ablenkung nachzusprechen. Es wird nun die Anzahl der Ziffern der richtig nachgesprochenen Zahl registriert, so daß man eine dreistellige Zahl als Darstellung der Leistungen erhält. Als richtig nachgesprochen gilt eine Zahl, die bei fünf Reizgebungen dreimal richtig reproduziert ist. Die Methode prüft eine umschriebene Gedächtnisleistung; nur insofern Störungen dieser Leistung charakteristisch für eine bestimmte Geisteskrankheit sind, kommt ihr differentialdiagnostischer Wert zu; auch ihr Ergebnis darf nur mit den Ergebnissen der anderen Untersuchungsmethoden zusammen verwertet werden; dann stellt sie wohl bei relativ sehr großer Exaktheit und einer großen Handlichkeit der Anwendung und der Registriermöglichkeit die einfachste unserer klinisch-psychologischen Methoden dar. Bei der Anwendung von Fehleruntersuchungen gestattet sie auch eine sehr weitgehende Analyse dieser Erscheinungen. Das war ein wichtiger Grund für die Wahl der Zahl an Stelle der Ziffern als Reiz, da die Zahl eine weit bessere Charakterisierung und Lokalisierung der Fehler gestattet. Die Fehler ließen sich vorteilhaft einteilen in: 1. Auslassungsfehler; 2. Hinzufügungsfehler; 3. Stellungsfehler a) vollkommene, b) unvollkommene; 4. freie Fehler; 5. Iterationsfehler a) Interiteration, b) Intraiteration. — Einfache Iteration, stereotype Iteration. *Vieregge* (Allgem. Zeitschrift f. Psych. 1908) hat gemeinsam mit dem Vortr. und nach dieser von ihm gegebenen Anordnung die hauptsächlichsten Psychosengruppen untersucht und die Resultate veröffentlicht. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen werden an der *Vieregge*schen Tabelle demonstriert.

Goldstein: Über die zentrale Aphasie.

Gegenüber der „dezentralisierten" Organisation des Sprachapparates, den die klassische Aphasielehre ihren Erklärungsversuchen der aphasischen Störungen zugrunde legt, vertritt *G.* die Annahme eines zentralen Assoziationsfeldes, das der eigentliche Träger der Sprache ist. Um dieses zentrale Sprachfeld gruppieren sich eine Reihe von Nebenapparaten, die dem Sprachfelde die sensorischen Anregungen zuführen oder die Ausführung der vom Sprachfelde gegebenen Direktiven übernehmen. Außerdem steht das Sprachfeld in Beziehung zum übrigen Gehirn, in dem die „räumlich-sachlichen" psychischen Erlebnisse zustandekommen. Die Beeinträchtigung der Nebenapparate resp. ihrer Beziehungen zu anderen Hirnteilen schafft die sogenannten reinen Krankheitbilder der Aphasielehre (reine Worttaubheit, reine Alexie, Agraphie, reine Wortstummheit). Die Affektion des zentralen Sprachfeldes führt zur zentralen Aphasie. *G.* erörtert zunächst die Zusammensetzung des zentralen Sprachfeldes, wie es sich auf Grund psychologischer Überlegungen ergibt, und legt dann dar, wie durch diese Annahme zunächst eine Reihe aphasischer Symptome, die der klassischen Lehre immer große Schwierigkeiten bei der Erklärung geboten haben, und die auch bisher zum Teil kaum einwandfrei erklärt



worden sind, eine recht einfache Erklärung finden: die Paraphasie, die verschiedenen Störungen des Nachsprechens, die sensorischen Sprachstörungen bei der motorischen Aphasie, die verschiedenartigen Schreib- und Lesestörungen, schließlich die amnestischeAphasie. Alle diese Störungen erklären sich durch eine Beeinträchtigung der Funktion des zentralen Sprachfeldes. Sie kommen in ihrer Gesamtheit als einheitliches Krankheitbild vor, das *G.* als zentrale Aphasie bezeichnet, und das folgende Symptomatologie aufweist:

Fast völlige Aufhebung des Sprechens oder Paraphasie bei leidlichem Erhaltensein des Reihensprechens, schwere Störung des Nachsprechens, eventuell völliges Fehlen desselben, geringe Beeinträchtigung des Sprachverständnisses, Paralexie, Störungen des Leseverständnisses, Paragraphie, Beeinträchtigung des Buchstabierens und Buchstabenzusammensetzens, eventuell amnestische Aphasie.

Das Symptomenbild entspricht etwa dem der sogenannten Leitungsaphasie. Die einzelnen Symptome stellen sich als Ergebnis der Funktionsstörungen eines einheitlichen Sprachapparates dar, sie entsprechen bis zu einem gewissen Grade verschieden hohen Graden der Beeinträchtigung eines Assoziationsapparates. Dies wird an einzelnen Fällen demonstriert. Die einzelnen Symptome treten bei einer progredienten Affektion in ziemlich regelmäßiger Reihenfolge auf und klingen bei der Restitution in umgekehrter Reihenfolge ab. Anatomisch ist für das zentrale Sprachfeld die Inselrinde in Anspruch zu nehmen. Es gibt jedenfalls keine Beweise gegen diese Annahme. Die vorhandenen Sektionsbefunde sprechen mit großer Wahrscheinlichkeit dafür. Den Hauptwert seiner Anschauungen, die nur eine Anwendung seiner allgemeinen Anschauungen über den Aufbau des Gehirnes sind, sieht *G.* darin, daß sie veranlassen, von dem üblichen schematischen Untersuchungsmodus abzugehen, und zwingen, jeden Fall als psychologisches Problem zu betrachten und zu analysieren.

(Ausführliche Mitteilung im Neurol. Zentralbl. 15. Juni 1912.)

Wanke-Friedrichsroda: Psychiatrie und Pädagogik in Beziehung zur geschlechtlichen Enthaltsamkeit.

Vortr. weist zunächst hin auf die vorjährigen Verhandlungen der „Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten" in Dresden, wo man unter Hinzuziehung von Nervenärzten die Frage erörterte, inwieweit mangelnde oder ungenügende Befriedigung der Geschlechtsfunktion imstande sei, krankhafte Zustände auszulösen oder zu steigern.

Die Referate und Vorträge, fast noch mehr aber die Diskussion, mußten jeden Arzt von der Wichtigkeit der Frage überzeugen.

Die Fragestellung wie auch die Erfahrungen und Voraussetzungen der Ärzte, welche zur Diskussion redeten, waren bei nahezu allen Rednern



verschieden [1]). Wenn nun auch in dem ebenso ausführlichen wie überzeugenden Hauptreferat (*Eulenburg*-Berlin) die psychologische Seite der Frage genügend gewürdigt wurde, so fand doch das psychologische Moment nicht bei allen Rednern die ihm gebührende Berücksichtigung. Und das war die eigentliche Ursache dafür, daß die Ausführungen und Vorschläge der einzelnen Redner teilweise voneinander abwichen. — Vortr. tritt nun dafür ein, daß auch die psychologische Seite voll gewürdigt werde, und daß man sich dazu verstehen müsse, auch den mit Hilfe der psychologischen Methode gewonnenen Untersuchungsergebnissen volle Gültigkeit zuzuerkennen, weil es sich bei den in Rede stehenden Erkrankungen oft um solche Fälle handle, bei denen der Arzt aus den subjektiven Beschwerden der Kranken seine Schlußfolgerungen ziehen und die Diagnose stellen müsse. Es ist also eine möglichst subtile psychologische Durchforschung des Menschen notwendig. Dazu hat aber einzig und allein der psychologisch geschulte Psychiater die nötige Vorbildung, Übung und Geschicklichkeit. — Die Untersuchung und Behandlung der einzelnen Fälle muß uns aber auch hinleiten zu einer auf umfassendem Wissen gegründeten Sexualpädagogik, deren Leitsätze nur von solchen Ärzten aufgestellt werden können, welche, außer über allgemeines ärztliches Wissen, auch noch über spezielle klinisch-psychologische und psychiatrische Erfahrung verfügen, welche aber auch mit der Pädagogik und Anthropologie hinreichend vertraut sind, soweit die letztere als pragmatische Wissenschaft unsere Menschenkenntnis zu erweitern imstande ist.

Aus alledem ergibt sich ohne weiteres, daß die Frage, wieweit mangelnde oder ungenügende Befriedigung der Geschlechtsfunktion imstande sei, krankhafte Zustände auszulösen oder zu steigern, vor das Forum der Psychiatrie gehört. Die Streitfrage der sogenannten Abstinenzerkrankungen muß also für uns lauten: Wie haben wir den einzelnen Fall zu bewerten hinsichtlich der Prophylaxe und der Therapie, und welche allgemeinen Leitsätze haben wir aus den induktiv gewonnenen Ergebnissen mit Hilfe eines möglichst komplexen Wissens zu ziehen in Hinsicht auf eine rationelle Sexualpädagogik (welche auch die hypermoderne „sexuelle Aufklärung" mit zu umfassen hätte)?

Glüh-Hamburg demonstriert 14 Abgüsse von m i k r o z e p h a l e n S c h ä d e l n, die auf der Hygieneausstellung in Dresden 1911 im Original ausgestellt gewesen sind, ferner Gipsbüsten und Modelle von Mikrozephalen, dazu das Modell der Zwergin Fatma; er gibt eine kurze Übersicht über den derzeitigen Stand der Frage der Mikrozephalie.

Von den 14 Trägern der Mikrozephalie, deren Schädelabgüsse gezeigt werden, sind 6 Fälle im Alter von 5 bis zu 23 Jahren, unter diesen ein männliches und drei weibliche Individuen; bei 2 Fällen wurden die Angaben

[1]) Die Verhandlungen sind in einem 260 Seiten umfassenden Sonderdruck bei J. A. Barth in Leipzig erschienen.



des Geschlechts vermißt. Fälle über 25 Jahre sind von den 14 Fällen 3 Fälle im Alter von 31 bis zu 46 Jahren, bei 5 Fällen fehlte die Angabe des Alters. Unter den letztgenannten 8 Fällen sind 2 männlichen, 4 weiblichen Geschlechtes, bei 2 Fällen fehlt jede Angabe über Alter, Name und Geschlecht.

Als geringster Schädelumfang wurde ein solcher von 30 cm bei der 23 jährigen Nana festgestellt; der Schädelinhalt dieser war gleichfalls der geringste unter sämtlichen Mikrozephalen; er betrug 240 ccm.

Der Vortr. konstatiert, daß in keinem der 14 Schädel eine vollständige Verknöcherung aller Nähte vorhanden war, wohl eine teilweise. Er geht dann auf Schädelmessungen und Schädeluntersuchungen ein, sodann auf die Körperlänge und das Körpergewicht, er betont die Wichtigkeit dieser neben der Nachprüfung des Alters und Geschlechtes der Träger der Mikrozephalie.

Im Anschluß an die Demonstration der Zwergin Fatma bespricht Vortr. die Nanozephalie und Nanosomie und reiht die Nana der Mikrozephalie ein, die Fatma rechnet er dieser nicht zu auf Grund der Maße des Körpers und des Schädels bzw. Kopfes bei Berücksichtigung ihres Alters und Geschlechtes.

F. Kehrer. F. Stern.

---

97. Sitzung des Ostdeutschen Vereins für Psychiatrie in der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Bunzlau am 24. Juli 1911.

Anwesend die Herren *Adelt*-Lublinitz, *Bonhoeffer*-Breslau, *Cantor*-Bunzlau, *Casten*-, *Chotzen*-Breslau, *Dresen*-, *Grau*-Lüben, *Heilemann*-Bunzlau, *Hirt*-Breslau, *Hoth*-Lublinitz, *Klieneberger*-Breslau, *von Kunowski*-Leubus, *Laegel*-Kreuzburg, *Löwenstein*-Obernigk, *Mann*-Breslau, *Neisser*-Bunzlau, *Petersen*-Brieg, *Plathner*-Liegnitz, *Schöngarth*-Sorau, *Schröder*-Breslau, *Schubert*-Kreuzburg, *Seelert*-, *Seeling*-Breslau, *Sprengel*-Greiffenberg, *Stein*-Plagwitz, *Stöcker*-Breslau, *Ullmann*-Bunzlau, *Weddy-Poenicke*-Breslau, *Wilcke*-Plagwitz, *Ziertmann*-Bunzlau.

Direktor *Neisser* begrüßt den Verein in Bunzlau, wo seit dem Jahre 1888 keine Vereinssitzung mehr stattgefunden hat, und erläutert die leitenden Gesichtspunkte, die bei dem inzwischen vollzogenen völligen Umbau der alten Anstalt und bei der Anlage der Erweiterungsbauten maßgebend waren. Nach einem einfachen Gabelfrühstück, zu welchem die Provinzialverwaltung die Mittel bewilligt hatte, wurde um 1½ Uhr eine kurze geschäftliche Sitzung abgehalten, in welcher auf Antrag des Vorsitzenden die Annahme der neugeformten Statuten beschlossen wird.

Herr *Neisser* stellt einige Fälle von Psychosen bei organischen Prozessen des Zentralnervensystems kurso-



risch vor, und zwar zunächst zwei differentialdiagnostisch interessante, früher als Paralyse diagnostizierte Fälle von organisch bedingten Psychosen welche seit 9 bzw. 11 Jahren in der Anstaltbeobachtung stehen, sodann zwei Fälle von multipler Sklerose mit psychischen Störungen (von denen der eine Fall 15 Jahre lang das Bild der spastischen Spinalparalyse geboten hatte). Ferner zwei Fälle von *Huntington*scher Chorea und einen Fall von Athetose, sämtlich mit psychischen Störungen. (Über die Fälle wird zum Teil an anderem Orte berichtet werden.)

An die wissenschaftliche Sitzung schloß sich ein Rundgang durch die Anstalt und gemeinsames Mittagessen.

98. Sitzung des Ostdeutschen Vereins für Psychiatrie im Hörsaal der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik zu Breslau am 9. Dezember 1911.

Anwesend die Herren *Berthel*-Rybnik, *Bielschowski*-, *Bonhoeffer*-. *Casten*-Breslau, *Dinter*-Brieg, *Elias*-Rybnik, *Förster*-, *Freund*-Breslau. *Freyberg*-Jannowitz, *Golla*-Breslau, *Hahn*-, *Hamilton*-, *Haupt*-Breslau. *Hayn*-Beuthen, *Hirt*-Breslau, *Jirzik*-Ziegenhals, *Kahlbaum*-Görlitz, *Kathe*-Breslau a. G., *Kieserling*-Lublinitz, *Klieneberger*-Breslau, *Köbisch*-Obernigk, *Kramer*-Breslau, *v. Kunowski*-, *Kunze*-Leubus, *Kutner*-Breslau, *Löwenstein*-Obernigk, *Lägel*-Kreuzburg, *Langer*-Brieg, *Mensch*-Freiburg, *Mertz*-Neisse, *Neisser*-Bunzlau, *Nicolauer*-Breslau, *Plathner*-Liegnitz, *Popp*-Bunzlau, *Preissner*-Lüben, *Reich*-Breslau, *von Rottkay*-Leubus, *Sachs*-Breslau, *Sandberg*-Landeck, *Schlesinger*-, *Schröder*-Breslau, *von Schuckmann*-Plagwitz, *Seelert*-Breslau, *Seemann*-Lublinitz, *Selling*-Breslau, *Sprengel*-Greiffenberg, *Wende*-Kreuzburg, *Wicht*-Lüben, *Zuber*-Leubus.

I. Geschäftliches: Aufnahme neuer Mitglieder. Für die Sommersitzung liegen Einladungen von Lublinitz und Freiburg vor. Die Wahl des Ortes wird dem Vorstand anheimgestellt.

II. Vorträge.

Herr *Plathner*-Liegnitz: „Typhus und Ruhr in der Liegnitzer Idiotenanstalt."

Das Wilhelm- und Augusta-Stift in Liegnitz besteht in seiner jetzigen Eigenschaft als Idioten-Bildungs- und Pflegeanstalt seit 1889. In den ersten 20 Jahren ist kein klinischer Fall von Typhus oder Ruhr vorgekommen. Am 3. Januar 1910 kehrte ein Pflegling des ersten Frauenhauses mit hohem Fieber vom Weihnachtsurlaub zurück. Die Erkrankung stellte sich sehr bald klinisch und bakteriologisch als Typhus heraus und wurde später auch durch die Sektion bestätigt. Es wurde eine Ansteckung auf Urlaub angenommen, obwohl die Inkubationszeit eine auffallend kurze gewesen sein mußte, und obwohl die angestellten kreisärztlichen Recherchen keinen Anhaltspunkt für eine nachweisbare Ansteckungmöglichkeit ergaben. Am. 15 April kam dann eine weitere Erkrankung im zweiten



Männerhaus vor, ebenfalls klinisch, bakteriologisch und pathologisch-anatomisch als Typhus sichergestellt. Eine Ansteckungsquelle war nicht zu ermitteln. Sicher unabhängig von diesem Falle erkrankte dann im ersten Frauenhause am 2. Mai ein zweiter und am 3. November noch ein dritter Pflegling. Beide Fälle gingen in Genesung über, irgendwelche Einschleppungsmöglichkeit war nicht nachzuweisen. Eine bei sämtlichen seit dem 1. Januar 1907 in das erste Frauenhaus aufgenommenen Personen, 1 Pflegerin und 14 Pfleglingen, vorgenommene bakteriologische Untersuchung auf Blut, Stuhl und Urin verlief gleichfalls resultatlos. Anfang Juli 1911 erkrankte in dem gleichen zweiten Männerhause, in dem schon April 1910 ein Fall vorgekommen war und zum Tode geführt hatte, abermals ein Pflegling und starb. Zeitlich und räumlich davon unabhängig traten dann in den letzten Tagen des Juli im ersten und zweiten Frauenhause ziemlich gleichzeitig mehrere sich rasch häufende Fälle auf. Daß Wasser, Milch oder ein sonstiges Nahrungsmittel nicht Ansteckungsquelle war, konnte bald festgestellt werden. Die Epidemie blieb auf die Anstalt beschränkt. Im Laufe des August nahmen die Neuerkrankungen allmählich ab, da erkrankte in den letzten Tagen dieses Monats — ohne nachweisbaren Zusammenhang mit der Epidemie auf der Frauenseite — plötzlich ein Pflegling im ersten Männerhause, ihm folgten am 1. September drei und im Laufe dieses Monats noch sechs weitere Erkrankungen in diesem Hause. Ende September kamen mit fast 5 Wochen Abstand noch zwei Nachläufer auf der Frauenseite, und am 1. Oktober erkrankte noch eine Pflegerin in der Typhusbaracke. Im ganzen sind 2 Pflegerinnen und 31 Pfleglinge erkrankt, 7 Pfleglinge gestorben.

Um den oder wohl wahrscheinlicher die in Betracht kommenden Bazillenträger herauszubekommen, schickte ich auf den Rat des Vorstehers des Breslauer Medizinal-Untersuchungsamtes Kreisarzt Dr. *Kathe* zunächst nur Blutproben ein, bei denen gleichzeitig die *Widal*sche Reaktion mit auf Ruhr vorgenommen wurde. Diese bisher bei 132 nicht Erkrankten ausgeführte Untersuchung ergab: negativ für Typhus und Ruhr 46,
positiv für Typhus 17,
positiv für Typhus und Ruhr 17,
positiv für Ruhr 52,
also 34 = $33^1/_3$ % positiv für Typhus,
69 = 52,3 % positiv für Ruhr.

Von den Typhuspositiven war in der Anamnese sowie auf Grund der Krankenakten 3 mal (1896 1, 1910 2) Typhus sicher, 7 ma wahrscheinlich zurückreichend bis 1899.

Unter den 69 Ruhrpositiven war kein Fall sicher, aber 33 wahrscheinlich.

Diese auffallend hohen Zahlen im besonderen für Ruhr gaben natürlich Anlaß, auch dieser Erkrankung erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken. Es dauerte auch gar nicht lange, da kamen mindestens zwei sichere Ruhr-

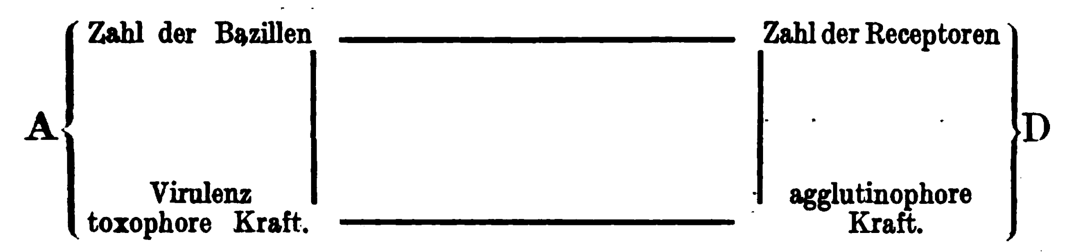
fälle. Irgendeine neuerdings erfolgte Einschleppungsmöglichkeit ließ sich mit Sicherheit ausschließen. Am 5. November erkrankte ein kräftiges jüngeres Mädchen unter hohem Fieber mit zahlreichen schleimig-blutigen, später rein blutigen Stühlen. Tod erfolgte nach 7 Tagen, die Sektion wurde leider verweigert, aber der noch im September als negativ befundene *Widal* war jetzt positiv für Y-Ruhr. Am 19. November erkrankte der zweite Fall, so leicht, daß wir früher nie an Ruhr gedacht hätten. Geringes Fieber, Durchfälle mit Schleim und Spuren von Blut bei einer von Haus aus herzschwachen Epileptika. Auch hier war der im September noch negativ befundene *Widal* positiv für Y-Ruhr. Die Sektion ergab teils gereinigte, teils schmierig belegte diphtherische Geschwüre im Dickdarm, vor allem im Mastdarm.

Wenn ich nun den Versuch wage, unter Zugrundelegung der *Ehrlich*schen Seitenkettentheorie aus diesen Zahlen einige Schlüsse zu ziehen, so scheint mir zunächst die Tatsache hervorzugehn, daß die *Widal*sche Reaktion sich nach überstandenem Typhus sehr lange erhalten kann. Aber selbst wenn sie sich nie verlieren sollte, so dürfte das m. E. mit dem Wesen der *Gruber-Widal*schen Hypothese bzw. mit der Seitenkettentheorie durchaus im Einklang zu bringen sein. Erhält sich aber die *Widal*sche Reaktion länger, als man bisher wohl allgemein annahm, dann verliert sie sofort sehr viel an praktischer Bedeutung für die klinische Diagnose Typhus. Dann genügt es bei zweifelhaftem Fieber nicht mehr, einen positiven *Widal* nachzuweisen, es sei denn, er wäre vor der Erkrankung als negativ befunden worden.

Was nun die Entstehung unserer Epidemie betrifft, so nehme ich selbstverständlich nicht an, daß alle diese 34 Typhuspositiven daran beteiligt sind. Und da wir bisher etwa erst ein Drittel der Insassen untersucht haben, werden wir voraussichtlich noch eine ganze Anzahl weiterer finden. Daß aber mindestens mehrere Ausscheider in der Anstalt stecken müssen, das beweisen m. E. die Vorläufer, die einzelnen Phasen der Epidemie selbst und die Nachzügler. Nun ist aber das Finden dieser Bazillenausscheider unendlich schwerer als man noch 1905 bei Abfassung des preußischen Gesetzes betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vermutete. Man fand neben den Dauerausscheidern noch die Periodenausscheider. Man ist schließlich bei keinem, der einmal Typhus oder gar Ruhr gehabt hat, also auch bei keinem für diese Krankheiten *Widal*-positiven, absolut sicher, daß er nicht doch mal wieder Bazillen ausscheidet, auch wenn noch so viele Untersuchungen negativ ausfielen. Auf der anderen Seite ist aber auch schon beobachtet worden, daß selbst Dauerausscheider jahrelang keine Ansteckung verursachen. Diese zweifellos vorhandenen unaufgeklärten epidemiologischen Fragen deutet m. E. in sehr überzeugender Weise die Seitenkettentheorie. Selbstverständlich gibt es keine Typhuserkrankung ohne Bazillen. Es kommt zunächst auf die Zahl an, ob mehr Bazillen angreifen als Schutzstoffe (Rezeptoren) im



Blute vorhanden sind. Die Zahl der Bazillen wird verstärkt durch ihre



toxophore Kraft, die Virulenz, die Zahl der Rezeptoren durch ihre agglutinophore Kraft, die ihrerseits der toxophoren Kraft der Bazillen gegenübersteht. Wenn nun in diesem Parallelogramm der Kräfte eine Gleichgewichtsstörung eintritt, indem A zunimmt, D abnimmt oder gar beides zugleich, erst dann erfolgt die Infektion. Diese Gleichgewichtsstörung kann nun begünstigt werden durch äußere Einwirkungen, z. B. ungewöhnlich hohe Temperaturen. Das ist längst bekannt, und es ist sicher kein Zufall, daß in diesem tropischen Sommer so viele und so schwere Typhusepidemien vorgekommen sind. Daß dadurch die allgemeine Widerstandkraft des Körpers, die Disposition (D) geschwächt werden kann, das begreift jeder Laie. Die Bakteriologen haben aber auch experimentell nachgewiesen, daß bei höheren Temperaturen die agglutinophore Kraft der Rezeptoren abnimmt. Wenn wir uns aber daran erinnern, daß der Mensch die wichtigste, wenn nicht gar in letzter Linie ausschließliche, Ansteckungsquelle für Typhus bildet, daß außerhalb des menschlichen, Körpers die Bazillen für gewöhnlich nur kurze Zeit lebensfähig bleiben, in der Gallenblase dagegen jahrelang, so können wir im zoologischen Sinne von einer Symbiose sprechen, der Typhusbazillus ist der Parasit, der Mensch der Wirt. Vielleicht wird dann durch die erhöhte Temperatur das Wachstum dieser Kolonien und die Ausscheidung neugebildeter virulenter Bazillen begünstigt. Jedenfalls müssen wir heute nach Auffindung der periodischen Ausscheider mit sehr viel mehr eventuellen Bazillenträgern rechnen, als man früher annahm. Auf einem Vortrage in der Dresdener Hygieneausstellung hat *Lenz* im verflossenen September darauf hingewiesen, es käme alles darauf an, die Bazillenträger von ihrer Gefährlichkeit zu überzeugen und sie zur größten Sauberkeit zu erziehen. Da nun Irren- und Idiotenanstalten die natürlichen Sammelstellen für Unsaubere und Unbelehrbare sind, so werden wir in Zukunft damit rechnen müssen, den Typhus- und Ruhrbazillen jederzeit und häufiger als anderswo in unseren Anstalten auch ohne nachweisbare Einschleppung zu begegnen. Der Kampf gegen die Bazillen des Typhus und der Ruhr, die wir nach dem gegenwärtigen Stand der Frage wohl ebensowenig werden ausrotten können, wie die der Lungentuberkulose, die aber in Schranken zu halten schon von allergrößter Bedeutung für die Allgemeinheit ist, wird m. E. in Zukunft mit zu den wichtigsten Aufgaben der Anstaltspsychiater gehören.



Diskussion. — Herr *Kathe*: Die Mitteilungen des Herrn *Plathner* über die anamnestischen Verhältnisse der Fälle, die wir im Kgl. Medizinal-Untersuchungsamte bakteriologisch untersucht haben, sind sehr interessant. Sie bestätigen speziell bezüglich der Dysenterie Anschauungen über die Epidemiologie in Irrenanstalten, die ich schon seit längerer Zeit hege und an anderer Stelle zum Ausdruck gebracht habe.

So skeptisch wie Herr *Plathner* hinsichtlich der Erfolge einer planmäßigen Bekämpfung des Typhus in Irrenanstalten bin ich nicht. Im Gegenteil, wir haben in einer hessischen Anstalt, die früher schwer von Typhus heimgesucht war, durch systematische Arbeit eine vollständige Assanierung eintreten sehen. Die Maßnahmen bestanden vor allem in strengster Isolierung auf Grund bakteriologisch-serologischer Untersuchungen aller neu aufgenommenen Kranken und aller Patienten der Abteilungen, auf denen sich Typhusfälle ereigneten. Wichtig ist, daß nicht nur zweifellose Bazillenträger, sondern auch auf Grund des serologischen Befundes als verdächtig zu bezeichnende Personen abgesondert werden. Für sehr wünschenswert halte ich die aktive Immunisierung des auf der Isolierabteilung arbeitenden Pflegepersonals und eine möglichst häufige Untersuchung ihrer Ausscheidungen.

Der Ruhr in Irrenanstalten läßt sich allerdings mit Hilfe dieser Maßnahmen allein nicht beikommen. Auf Grund eigener, bisher allerdings noch nicht umfangreicher Beobachtungen möchte ich die rektoskopische Untersuchung zur Feststellung chronischer Ruhrkranker empfehlen.

Herr *von Kunowski*-Leubus: „Willensfreiheit und Verantwortlichkeit.“

(Erscheint demnächst ausführlich.)

Diskussion. — Herr *Neisser*.

Herr *P. Schröder*: „Über Pseudoparalyse.“

„Pseudoparalyse“ bedeutet keine klinische Diagnose, sondern wird als Sammelname für Zustandbilder sehr verschiedener Genese und Ätiologie gebraucht, die vorübergehend oder für längere Zeit gewisse ominöse Symptome der allgemeinen Paralyse der Irren aufweisen. Die Bedeutung der Bezeichnung Pseudoparalyse ergibt sich aus der Bedeutung der echten Paralyse für die Psychiatrie; der Name stammt aus einer Zeit, in welcher der Krankheitbegriff Paralyse rein symptomatisch gefaßt wurde, in welcher die Paralyse nur als eine der Ausgangsmöglichkeiten sehr verschiedener psychischer Erkrankungen galt. Für uns ist jetzt die Paralyse der Irren eine genau umschriebene Krankheit sui generis; ihre Erkennung wird erleichtert durch eine Reihe von neuen diagnostischen Hilfsmitteln, und für ihre allgemeine Umschreibung ist die Histopathologie maßgebend geworden; die Paralyse ist in letzter Linie ein anatomischer Krankheitbegriff, und in klinisch strittigen Fällen kann schließlich immer nur die



anatomische Untersuchung den Ausschlag geben. Solche strittigen Fälle, in denen es sich um die Unterscheidung Paralyse oder Pseudoparalyse handelt, sind seltener geworden, seit wir die *Wassermann*sche Reaktion besitzen, und seit wir eine Reihe von Abweichungen kennen, die der Liquor cerebrospinalis in allen Fällen von Paralyse aufweist.

Ernsthafte Schwierigkeiten, auch bei Verwendung des ganzen uns zur Verfügung stehenden diagnostischen Rüstzeuges, machen vor allem noch Kombinationen von nichtparalytischen Psychosen bzw. Defekten mit organischen Hirn-Rückenmarksleiden, welche ganz oder zum Teil dieselben Befunde wie die Paralyse geben (neben den neurologischen auch positive *Wassermann*sche Reaktion, Vermehrung der Lymphozyten, des Eiweißgehaltes usw. in der Spinalflüssigkeit), d. h. also Kombinationen ganz vorwiegend mit Tabes, mit Lues spinalis und mit Lues cerebrospinalis in ihren verschiedenen Formen. In allen diesen Fällen können unsere neurologischen, zytologischen, biologischen usw. Hilfsmittel für die Paralysediagnose ganz oder fast ganz wertlos sein. Von den nichtparalytischen Psychosen und Defekten kommen als „Pseudoparalysen" erfahrunggemäß am häufigsten in Betracht: das manisch-depressive Irresein, die Tabespsychosen, arteriosklerotische Defekte, und sodann toxische Psychosen, vor allem solche mit dem *Korsakow*schen Symptomenkomplex.

Gelegentlich kann es auch vorkommen, daß sich zu einer anfänglichen „Pseudoparalyse" im weiteren Verlauf eine echte Paralyse hinzugesellt.

Vortragender demonstriert im Anschluß daran einen Kranken, der erhebliche diagnostische Schwierigkeiten macht, bei dem sich jedenfalls zurzeit ein sicheres Urteil über das Vorliegen oder Nichtvorliegen einer Paralyse nicht fällen läßt:

H. E., Restaurateur, 52 J. Schwerer Potus mindestens seit 1888, Lues vor 20—25 Jahren. Seit 1905 wegen alkoholdeliranter Zustände 7 mal in Krankenhausbehandlung. Gleich das erste Delir verlief protrahiert; erhebliche polyneuritische Störungen, bei Entlassung noch schlechte Merkfähigkeit; 1908 ein „schweres" Delir; vorher und nachher nur kurze delirante Zustände. Seit Juni 1910 dauernd in der Klinik.

Die Pupillen reagierten 1905 noch prompt auf L. und K., waren aber etwas different; seit 1907 ist die linke Pupille reflektorisch starr, seit 1910 dazu auch die rechte fast starr auf Licht; beide reagieren noch jetzt auf Konvergenz. Die Achillessehnenreflexe fehlen seit 1905 dauernd; die Patellarsehnenreflexe waren anfangs schwach, fehlten später (1907 bis 1909), seit 1910 wird notiert: Patellarsehnenreflexe schwach vorhanden, $l > r$. 1909 wurde anderwärts die Diagnose Tabes gestellt; im Blut *Wassermann*sche Reaktion positiv, Lymphozytose des Liquor spinalis. Seit 1909 Fazialisdifferenz ($r < l$), seit 1910 dauernd l. *Babinski* und zunehmend verwaschene Sprache; Ohnmachten und Schwindelanfälle sollen etwa seit 1902 gelegentlich aufgetreten sein, mehrmals mit Zungenbiß.



Seit der letzten Aufnahme in die Klinik (Juni 1910) rasche Progredienz des Krankheitbildes: sehr bald ständiges remittierendes Delirieren (bei Tage frei, abends und nachts unruhig), dann in den freieren Zeiten ausgesprochenes *Korsakow*sches Bild; Anfang 1911 phantastische Konfabulationen (Bleirohr verschluckt, Penis abgeschnitten, silberne Hoden eingesetzt). Zunehmend dement-euphorisch, elementare Kenntnisse kaum noch reproduzierbar, gelegentlich blöde Größenideen (König); progredient unbeholfen; in den letzten Monaten langsame Gewichtsabnahme. August 1910 kurzer „Anfall" mit Zuckungen; August 1911 Anfall mit nachfolgender sensorischer Aphasie, die sich langsam zurückbildete. September 1911 drei epileptiforme Anfälle mit nachfolgender sensorischer Aphasie. November 1911: Status epilepticus von einigen Stunden Dauer. Sprache seit den Anfällen stark verschlechtert, verwaschen bis zur Unverständlichkeit, paraphasische Elemente.

September 1910: serologisch Blut +, Liquor —, Lymphozyten nicht sicher vermehrt, Eiweiß ganz leicht vermehrt.

Januar 1911: serologisch Blut und Liquor +, erhebliche Lymphozytose, Eiweiß leicht vermehrt.

Einerseits handelt es sich demnach, wie die Krankheitentwicklung lehrt, um chronischen Alkoholismus mit anfänglich abgesetzten (aber von vorherein etwas protrahiert verlaufenden und mit groben polyneuritischen Symptomen komplizierten) Alkoholdelirien, die späterhin in ein chronisches Delir (*Korsakow*sche Psychose) übergingen.

Andererseits allmähliche Entwicklung von reflektorischer Pupillenstarre und Lymphozytose des Liquor spinalis bei positiver *Wassermann*scher Reaktion im Blut.

Drittens seit 1910 psychisch ein über die Symptome der *Korsakow*schen Psychose hinausgehendes Bild, nebst Entwicklung von Sprachstörung, Fazialisdifferenz, *Babinski*schem Zeichen und Anfällen kortikalen Charakters, zuletzt auch positive *Wassermann*sche Reaktion im Liquor spinalis.

An die Möglichkeit muß jedenfalls gedacht werden, daß hier bei einem Potator sich zu einer alkoholischen *Korsakow*schen Psychose eine progressive Paralyse gesellt hat. Größere Wahrscheinlichkeit hat die Annahme der Kombination von alkoholischer *Korsakow*scher Psychose mit rudimentärer Tabes (oder auch spinaler Lues), Arteriosklerose oder Lues cerebri (Endarteriitis?). Jedoch selbst wenn diese Annahme richtig ist, wird sich nicht ausschließen lassen, daß dazu jetzt noch seit kurzem eine Paralyse in der Entwicklung begriffen ist.

Eine endgültige Klärung wird erst der Obduktionsbefund geben können.

Herr *O. Foerster*: Demonstration zur Differentialdiagnose der Paralyse und Pseudoparalyse.



Fall 1. 61 Jahre alte Frau, von jeher nervös, seit einiger Zeit vergeßlich und auffallend lebhaft. Wird am 6. Juli 1911 ins Krankenhaus gebracht, nachdem sie zwei Tage vorher von Hause fortgelaufen war und mit total durchnäßten Kleidern aufgefunden wurde. Sie behauptet, von einem fremden Manne überfallen und dann von ihm ins Wasser gestoßen worden zu sein. Während ihres Aufenthaltes im Krankenhaus bietet Patientin das ausgesprochene Bild der Presbyophrenie, Patientin ist örtlich und zeitlich völlig desorientiert, verkennt die Personen ihrer Umgebung. Hochgradige Vergeßlichkeit, starke Konfabulationstendenz, die so weit geht, daß Patientin von einer ihr vorgelegten Postkarte lange Geschichten herunter vorliest, auch im übrigen erzählt sie fortwährend von ihren Unternehmungen und Leistungen, berichtet von Personen, die sie besuchen kommen. Stimmung meist heiter und lebhaft, betätigt sich bei Tage viel, indem sie beim Austeilen des Essens hilft, sich viel um die anderen Kranken zu schaffen macht. Macht häufig witzige Bemerkungen über ihre Umgebung. Manchmal Stimmung ängstlich deprimiert, konfabuliert dann von Leuten, die sie bedrohen, draußen auf sie warten und sie abholen wollen, gelegentlich auch von Mördern, die sie im Bett verprügeln, von Personen, die sie aus ihrem Bett herausjagen wollen. Ihre Kenntnisse sind stark reduziert, immerhin ist sie über die hauptsächlichsten Ereignisse ihres Lebens, mit Ausnahme der letzten Zeitspanne, gut orientiert. Nicht das geringste Silbenstolpern, keinerlei sonstige Sprachstörungen. Nachts sehr häufig delirant, läuft im Hemd umher; am Tage dann total amnestisch dafür. Zeichen von Arteriosklerose sind bei der Kranken nicht festzustellen. In körperlicher Beziehung besteht reflektorische Pupillenstarre; Patellarreflexe beiderseits erhalten, Achillesreflexe fehlen beiderseits. *Babinski* beiderseits negativ. Anamnestisch ist nachzutragen, daß die Kranke elfmal abortiert hat. *Wassermann* im Blut und Liquor cerebrospinalis positiv; ferner hochgradige Lymphozythose, Nonne-Apelt positiv, starke Eiweißvermehrung.

Das Interessante des Falles liegt darin, daß die Kranke, die klinisch durchaus das Bild der senilen, beziehungweise der arteriosklerotischen Hirnatrophie bietet, doch auf Grund der körperlichen Symptome und besonders auf Grund des Verhaltens des Blutes und Lumbalpunktates, in serologischer, zytologischer und chemischer Beziehung, als Paralyse anzusprechen ist. Dabei bleibt allerdings noch zunächst die Frage offen, wie weit eventuell doch eine senile beziehungweise arteriosklerotische Hirnatrophie vorliegt, bei der gleichzeitig auf Grund einer früheren Lues luische Symptome vorhanden sind. Um diese Frage zu entscheiden und gleichzeitig damit für die Therapie eventuelle Gesichtspunkte zu gewinnen, habe ich zu einem Verfahren gegriffen, das ich in letzter Zeit wiederholt zur Differentialdiagnose verwandte, indem ich mittels der *Neisser*schen Hirnpunktion Stückchen direkt aus der Hirnrinde aspiriere und dieselben dann einer mikroskopischen Untersuchung unterziehe. Ich



nehme dies stets am rechten Frontallappen vor. Es gelingt bei Paralytikern sehr gut, aber auch bei anderen hirnatrophischen Prozessen, einigermaßen Aufschluß über die Natur des zugrundeliegenden Prozesses zu gewinnen. Vortragender verweist auf das ausliegende Präparat von vorliegendem Fall. Es zeigt reichliche perivaskuläre Infiltrationen der Hirngefäße mit Lymphozyten und einzelnen Plasmazellen; ferner recht deutlich die Verschiebung des Schichtungszustandes der Rinde.

Fall 2. G. P., 30 Jahre alt, Friseur. Wurde am 28. Juni ins Hospital geschickt, unter der Diagnose der progressiven Paralyse. Die Angehörigen des Kranken gaben an, daß er seit mehr als Jahresfrist sehr erregbar und vergeßlich geworden sei, und daß er deshalb vor einigen Monaten sein Geschäft habe aufgeben müssen. Vor 10 Tagen plötzlich Bewußtlosigkeit, vor 5 Tagen Zustand auffallender Ruhe, er sprach nicht, aß nicht, rührte sich nicht vom Platze weg und vertiefte sich intensiv in die Berechnung seiner Ausgaben. Am Tage vor der Einlieferung Krampfanfall. Bei der Einlieferung zunächst ausgesprochenes katatonisches Zustandbild. Patient völlig akinetisch, Augen halb geschlossen, öffnet auf Geheiß dieselben nur ganz langsam und wenig, wiederholt häufiges Knirschen mit den Zähnen. Patient völlig mutazistisch, verweigert die Nahrung ganz oder ist nur mit Mühe zur Aufnahme geringer Flüssigkeitsmengen zu bewegen, die ihm in den Mund eingeflößt werden müssen, und die er dann nach geraumer Zeit herunterschluckt. Ausgesprochene negativistische Starre der Glieder. Linkerseits *Babinski* positiv. Pupillen gleich weit, reagieren. Augenhintergrund normal; Patellar- und Achillesreflexe vorhanden, gesteigert. In den nächsten Tagen bessert sich der Zustand etwas. Patient antwortet auf Fragen mit langsamer, sehr leiser und vibrierender Stimme. Ist etwas besser zur Aufnahme der Nahrung und zum Schlucken zu bewegen; muß aber noch künstlich gefüttert werden. Läßt Stuhl und Urin unter sich. Im weiteren Verlauf verliert sich der akinetische Symptomenkomplex mehr und mehr, und es besteht nunmehr das deutliche Bild einer ausgesprochenen paralytischen Demenz bei dem Kranken. Patient ist vollkommen desorientiert, die Angaben über die Ereignisse seines Lebens sind ungenau; Merkfähigkeit schlecht, rechnen kann Patient überhaupt nicht. Seine Kenntnisse erscheinen vollständig verarmt; die Sprache ist deutlich vibrierend, leise, deutliches Silbenstolpern. Beim Zeigen der Zähne oder beim Vorstrecken der Zunge grimassierende Mitbewegungen des Gesichtes und am Platysma, Ungleichheiten des Lippenfazialis, der zumeist linkerseits paretisch ist. Ausgesprochen paralytische Schreibstörung; Schrift zittrig, Auslassen von Buchstaben, Verstellen von Buchstaben, Verdoppelung von Silben usw., Im weiteren Verlauf ändert sich das psychische Bild insofern etwas, als Patient seine örtliche Orientierung gewinnt und seine Kenntnisse etwas reichlicher erscheinen; Sprachstörungen und Schriftstörungen bestehen fort, ebenso die sehr schlechte Merkfähigkeit. Patient ist seinem Wesen nach stumpf.

nimmt an den Vorgängen auf der Station nur selten Anteil. Konfabuliert stark, produziert dabei äußerst phantastische schwachsinnige Erzählungen, zeitweilig Größenideen. Dieser Zustand dauert etwa bis Ende August, zum Schluß dieser Zeit war der Kranke immer stumpfer und unausgiebiger geworden. Er läßt Stuhl und Urin fortgesetzt unter sich, er ist dauernd bettlägerig, zeigt wieder deutliches kataleptisches Verhalten. Patient hat also bisher in klinischer Beziehung das ausgesprochene Bild einer paralytischen Demenz geboten. Demgegenüber war die *Wassermann*sche Reaktion im Blut und Liquor stets negativ. Der Liquor cerebrospinalis hatte eine deutlich bernsteingelbe Farbe und enthielt massenhaft Leukozyten, positiven *Nonne-Apelt* und starke Eiweißvermehrung. Bei den späteren Punktionen waren die Leukozyten allmählich verschwunden und hatten einer starken Lymphozytose Platz gemacht. Auf Grund dieses Befundes konnte die Diagnose Paralyse natürlich nicht gestellt werden. Es handelte sich nur um ein pseudoparalytisches Zustandbild. Wegen der Leukozytose hatte ich angenommen, daß eine Meningitis oder ein Hirnabszeß vorläge, auch an Zystizerken- oder Echinokokkenmeningitis wurde gedacht. Die Echinokokkenserumreaktion fiel negativ aus. Hirnpunktion ist über dem rechten und linken Stirnhirn gemacht worden, förderte keinen Eiter zutage. Anfang September setzte nun bei dem Kranken heftiges Erbrechen ein, doppelseitige Stauungspapille, Zustände tiefer Benommenheit, die Fazialisparese links wird stärker, es treten im rechten Fuß klonische Zuckungen auf. Eine erneute Hirnpunktion über dem rechten Stirnhirn fördert deutliche Tumormassen zutage. Trepanation am 5. September (Professor *Tietze*). Ausgedehntes Sarkom im rechten Frontallappen. Zwei Tage später Exitus. Die Autopsie zeigt, daß es sich um ein sehr blutreiches Sarkom handelt, das auch nach der linken Hemisphäre, dem Balken und dem Septum pellucidum bis in die Stammganglien der linken Hemisphäre hinübergewachsen ist. Der Fall lehrt erstens, daß ein pseudoparalytisches psychisches Zustandbild lange Zeit allein vorhanden sein kann bei einem Tumor cerebri von der eben angegebenen Lokalisation. Beachtenswert ist ferner das Verhalten des Lumbalpunktates, speziell die goldgelbe Farbe sowohl wie die ausgesprochene Leukozytose. Vortragender hat genau dasselbe Verhalten in einem anderen Falle von Tumor des Frontallappens (Fibrosarkom) beobachtet, bei dem die gelbe Färbung genau die gleiche war, während die Leukozytose nicht so ausgesprochen war, sondern etwa mit der Lymphozytose sich das Gleichgewicht hielt. In klinischer Beziehung hatte dieser Fall anfänglich das Bild einer Meningitis geboten, zuletzt war ausgesprochene zerebellare Ataxie und Schwund der Sehnenreflexe hinzugetreten.

Diskussion. — Herr *Spengler* fragt, wie man sich in solchen Fällen therapeutisch verhalten solle.

Herr *Förster* tritt i. Allg. für energische spezifische Behandlung ein.



Herr *Kramer* berichtet an der Hand von Gehirnschnitten über den anatomischen Befund des im Jahre 1903 demonstrierten Falles von kortikaler Tastlähmung (Monatsschrift für Psych. und Neur., Bd. 19, S. 132). Es handelte sich um ein damals 13 Jahre altes Mädchen, das im Alter von 6 Jahren akut unter Fieber und Krämpfen in der linken Körperhälfte erkrankte. Es blieben zurück geringe Motilitätsstörungen an der linken Hand (Erschwerung der Opposition des Daumens und Parese der Interossei) und Reflexsteigerung auf der linken Seite. Ferner bestand an der linken Hand eine erhebliche Störung der Stereognose bei einer nur andeutungweise vorhandenen Herabsetzung der Lageempfindung, des Drucksinns und des Raumsinns.

Die anatomische Untersuchung ergab einen Herd im oberen Teile des mittleren Abschnittes der vorderen Zentralwindung; er nimmt die ganze Windungskuppe ein, greift nach vorn etwas in die angrenzende Frontalwindung über; zerstört ist die Rinde ferner am Abhange der vorderen Zentralwindung nach der Zentralfurche hin, sowie, besonders in dem mittleren Teile des Herdes, auch die der hinteren Zentralwindung angehörige Hinterwand des Sulcus centralis. Die Kuppe der hinteren Zentralwindung ist dagegen frei geblieben. Der Herd greift von der Rinde aus etwas in das Windungsmark, dagegen nicht in das Marklager über; sekundäre Degenerationen lassen sich nur aus der vorderen Zentralwindung in das Marklager hinein verfolgen. Der anatomische Befund bestätigt die klinisch gestellte Diagnose eines kortikalen Herdes.

Bemerkenswert ist bei den geringen Motilitätsstörungen die erhebliche Zerstörung im Bereiche der vorderen Zentralwindung. Bezüglich der Lokalisation der Tastlähmung läßt sich auf Grund des Befundes nicht entscheiden, ob dafür die vordere Zentralwindung oder der der Zentralfurche zugewandte Abhang der hinteren Zentralwindung in Anspruch zu nehmen ist. Vortragender neigt mehr der letzten Ansicht zu, zumal in den bisher mitgeteilten Fällen von Sensibilitätsstörungen bei Herden im Gyrus centralis anterior sich eine Mitbeschädigung der hinteren Zentralwindung in der hier gefundenen Ausdehnung in der Regel nicht ausschließen läßt.

Herr *Bonhoeffer* demonstriert das Gehirn des in der letzten Wintersitzung vorgestellten Kranken mit Agnosie. Die Diagnose auf doppelseitige, den Schläfenlappen, das anliegende Zervikal- und Occipitalhirn betreffende Erweichungsherde ist durch den Obduktionsbefund bestätigt worden. Die eingehende Besprechung wird erst nach erfolgter Zerlegung des Gehirns in Serienschnitte erfolgen. Was in klinischer Hinsicht schon jetzt gesagt werden kann, ist, daß die Annahme *Wernickes*, daß die Lokalisation der sensorischen Aphasie mit der Lokalisation der Sprachoktave im Schläfenlappen übereinstimme. nicht zutreffend ist, da trotz doppelseitiger Herde im Bereich der *Wernicke*schen Stelle die kontinuierliche Tonreihe erhalten geblieben ist. Das



Nichtwiederkehren des Sprachverständnisses bei doppelseitiger Schläfenlappenerkrankung muß deshalb anders erklärt werden.

99. Sitzung des Ostdeutschen Vereins für Psychiatrie zu Freiburg am 29. Juni 1912.

Direktor *Buttenberg* widmet den Teilnehmern der Sitzung herzliche Begrüßungsworte, und nach einem Frühstück, welches die Provinzial-Verwaltung den Teilnehmern und ihren Damen in dem Festsaal der Anstalt bot, eröffnet Herr *Neisser* die Sitzung mit einem Nachruf auf das kürzlich verstorbene Vereinsmitglied, Herrn Sanitätsrat Dr. *Kleudgen*, den Besitzer und langjährigen ärztlichen Leiter der Privat-Irrenanstalt zu Obernigk, der sich nicht nur durch seine praktische Tätigkeit einen Namen gemacht, sondern auch früher namentlich wissenschaftlich literarisch betätigt und noch im letzten Jahresberichte seiner Anstalt sehr beachtenswerte Ausführungen über die rechtlichen Befugnisse der Anstaltleiter, über ärztliche Diskretion, Haftung u. dgl. gemacht hat. Die Anwesenden erheben sich zum ehrenden Gedenken von ihren Plätzen.

Sodann überbringt Herr *Neisser* die Grüße des bisherigen Vorsitzenden des Vereins, des Herrn *Bonhoeffer*, der sich durch die Berufung auf den Berliner Lehrstuhl an der Weiterführung des Vorsitzes gehindert sieht, aber erfreulicherweise Mitglied des Vereins geblieben ist. Sowie früher *Wernicke* hat auch Herr *Bonhoeffer* die Ergebnisse aller wichtigeren Arbeiten seiner Klinik zuerst im Vereinskreise zur Mitteilung gebracht, und seiner Förderung ist es ganz wesentlich zu danken, daß die Sitzungen einen dauernd gesteigerten Besuch aufgewiesen haben. Herr *Neisser* wird beauftragt Herrn *Bonhoeffer* den Dank des Vereins für seine langjährige Mühewaltung auszusprechen.

Herr *Buttenberg* hielt sodann einen Vortrag über die Entwicklung der Freiburger Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt und erläuterte deren Anlage an der Hand eines Planes. Hieran schloß sich eine eingehende Besichtigung der Anstalt, und danach erfolgte ein Ausflug zu Wagen nach dem Fürstensteiner Schloß und weiter nach Bad Salzbrunn, wo das gemeinsame Mittagessen eingenommen und ein äußerst gemütliches Beisammensein in den herrlichen Kuranlagen bis zum späten Abend gefeiert wurde.

Dr. *Neisser*.

---

138. Sitzung des Psychiatrischen Vereins zu Berlin am 29. Juni 1912.

Anwesend: *Anker*-Lichtenrade, *Bonhoeffer*-Berlin, *Bratz*-Dalldorf, *Falkenberg*-Lichtenberg, *Gallus*-Potsdam, Frau Dr. *Geheeb-Lieberknecht*-Gr.-Lichterfelde, *Heine*-Dalldorf, *Hildebrandt*-Dalldorf, *Juliusburger*-Steglitz; *Kutzinski*-Berlin a. G., *Hans Laehr*-Schweizerhof, *Liepmann*-Dalldorf, *v. Mach*-Bromberg a. G., *Marcuse*-Lichtenberg, *Moeli*-Lichtenberg, *Riebeth*-Landsberg, *Sander*-Dalldorf, *Schmidt*-Lichtenberg, *Schmitz*-Neuruppin,



Seeger-Lübben, *Viedenz* Eberswalde, *Vierecke*-Lichtenberg, *Zinn*-Eberswalde.

Der Kassenführer *Zinn*-Eberswalde legt Rechnung über die Vereinskasse ab und erhält Entlastung. Der Jahresbeitrag wird wieder auf 3 M. festgesetzt.

An Stelle von *Ziehen*, der nach Wiesbaden verzogen ist, wird *Bonhoeffer*-Berlin in den Vorstand gewählt; die anderen Vorstandmitglieder werden durch Zuruf wiedergewählt.

Heine-Dalldorf: Ein Fall von Idiotie mit starker Adipositas.

Der 1878 geborene Patient ist der eheliche Sohn eines Schutzmanns. Der Vater soll geistig normal sein und nicht trinken. Der Vater der Mutter war ein körperlich schwächlicher Mann; die Mutter selber ist normal. Eine Anlage zu Fettsucht besteht in der Familie nicht.

Die Mutter des Pat. machte zwei regelrechte Entbindungen und eine Frühgeburt durch. Pat. ist aus dem ersten Partus hervorgegangen. Das zweitgeborene Kind, ein Knabe, starb 5 Tage alt unter Erscheinungen des Kinnbackenkrampfes. Die Frucht der Frühgeburt, die vom 7. Monat war, war tot, soll aber nicht totfaul gewesen sein.

Pat. war nach Angabe der Mutter von jeher ein großes starkes Kind, entwickelte sich aber körperlich wie geistig zunächst normal. Er lernte zur rechten Zeit laufen und fing mit ersten Sprechversuchen rechtzeitig an. Mit $1^3/_4$ Jahren erkrankte er schwer an Diphtherie, und im Anschluß daran soll er drei Tage an Krämpfen gelitten haben. Seitdem hat er die Sprache und den Verstand verloren.

Im Alter von 5 Jahren soll er dann noch schwer krank an Typhus gewesen sein.

Die Länge des Pat. betrug bei seiner Aufnahme in Dalldorf im Alter von 6 Jahren 1,19 m, das Gewicht bereits damals 28 kg. Der Schädelumfang war 52 cm. Die Schilddrüse war nicht fühlbar.

Die körperliche Untersuchung ergab im übrigen keine Besonderheiten. Psychisch bot er das Bild des Vollidioten. Er konnte kein Wort sprechen; höchstens brachte er als einzig noch erhaltenen Sprachrest dann und wann mal seinen Namen Ali vor.

In seinem Verhalten war er sehr unruhig, grimassierte viel. Außerdem verunreinigte er sich mit Kot und Urin.

Im Jahre 1894, also in einem Alter von 16 Jahren des Pat., betrug sein Körpergewicht bereits 75,5 kg. Er war zu keiner, selbst der einfachsten Arbeit nicht, zu brauchen, ließ Urin und Fäzes in die Kleider und spielte an seinen Genitalien offen vor allen herum. Er wurde damals einer Schilddrüsenkur unterzogen, bei der er bis zu 15 gr Hammelschilddrüse, aber ohne irgendwelchen Erfolg, erhielt. Eine später eingeschlagene Behandlung mit Thyreoidintabletten hatte gleichfalls ein negatives Ergebnis.



Am 4. August 1897 machte Pat. 6 Uhr morgens eine Art von *Jackson*schem Anfall durch. Er sank, als er auf dem Korridor spazieren ging, auf einmal langsam hin, nachdem er sich vorher mit dem Rücken gegen die Wand gelegt hatte, und verlor das Bewußtsein. Es traten dann zuerst Zuckungen in der rechten Gesichtshälfte bei ihm auf, dann in beiden Armen, schließlich nur noch im rechten Arm. Pat. hatte dabei blutigen Schaum vor dem Munde, ohne sich jedoch zu verunreinigen. Nach drei Stunden kehrte das Bewußtsein wieder. Ein derartiger Anfall ist später nicht mehr beobachtet worden.

Das Körpergewicht erreichte seine größte Höhe bei ihm im August 1906 mit 152 kg.

Zurzeit hat er folgenden Befund:

Der Halsumfang ist 54,9 cm,

der Brustumfang ist 142 cm,

der Schädelumfang beträgt 61 ,0 cm. Die Schädelform ist symmetrisch, mesokephal; die Stirn ist leicht fliehend, niedrig. Die Ohrläppchen sind adhärent. Die Ohren sind stark über die Fläche gekrümmt.

Es besteht nur ein Anflug von Barthaar. Achselhöhlen- und Schamhaare sind gleichfalls schwach. Der Penis ist kurz. Die Testikel aber sind von normaler Größe. Die Wirbelsäule ist etwas kyphotisch verkrümmt.

Der Puls ist weich, 80 an Zahl. An den inneren Organen findet sich im übrigen nichts Besonderes. In seinen Bewegungen hat Pat. etwas ungemein Plumpes, Schwerfälliges. Während Pat. in seiner Jugend ein erethischer Idiot war, ist er jetzt gänzlich torpide. Sprachliche wie unartikulierte Laute fehlen vollkommen. Ein Sprachverständnis ist auch fast gar nicht vorhanden. Die beste Verständigung ist noch durch Fingerzeichen mit ihm möglich.

Sein ganzer Interessenkreis ist ausschließlich auf das Essen gerichtet, von dem er unglaubliche Quantitäten in tierischer Weise zu verschlingen imstande ist. Geschlechtlich scheint er vollkommen indifferent zu sein. Zur Verrichtung seiner Bedürfnisse geht er hinaus und verunreinigt sich nicht mehr wie früher. Das Anlegen der Kleider vermag er nur mit fremder Hilfe zu bewerkstelligen. Zu irgendeiner nutzbringenden Tätigkeit ist er gänzlich ungeeignet.

Es lag nahe, im vorliegenden Falle an das Vorhandensein eines Hypophysentumors zu denken, der zu einer Degeneratio adiposo-genitalis geführt hat, einem Krankheitbilde von dem von *Frankl-Hochwart* Fälle beschrieben worden sind.

Die Idiotie würde sich durch eine Enzephalitis im Anschluß an die im Alter von $1^3/_4$ Jahren durchgemachte Diphtherie erklären lassen. Auf eine dabei stattgehabte herdförmige Schädigung des Gehirns würde der Krampfanfall hinweisen, den Pat. im Jahre 1897 durchgemacht hat, der, wenn er auch kein typisch *Jackson*scher ist, doch mit der Rindenepilepsie eine gewisse Ähnlichkeit hat.



Es muß fraglich erscheinen, ob der Fall überhaupt in die Gruppe der Degeneratio adiposo-genitalis zu zählen ist. Der negative radiologische Befund im vorliegenden Falle spricht übrigens nicht gegen das Bestehen einer Hypophysenerkrankung. Bei der Akromegalie sind Fälle beschrieben, in denen sich im vorderen drüsigen Teil der Hypophyse nur mikroskopische Veränderungen fanden. In einem Falle war der Tumor im Keilbein verborgen, so daß er sich einer radiologischen Untersuchung vermutlich entzogen haben würde. In gleicher Weise könnten ja auch bei der Degeneratio adiposo-genitalis, die auf eine Schädigung des hinteren, nervösen Teiles der Hypophyse zurückzuführen ist, oder bei ähnlichen Erkrankungen nur mikroskopische Veränderungen vorliegen. Es bestände also die Möglichkeit, daß auch im vorliegenden Falle neben einer Rindenschädigung, durch welche die Idiotie bedingt ist, noch eine Erkrankung der Hypophysis einhergeht, die zu Fettsucht geführt hat. Beide Erkrankungen könnten in der schweren Diphtherie, die Pat. im Alter von $1^3/_4$ Jahren durchgemacht hat, ihre gemeinsame Ursache haben.

Juliusburger-Steglitz: Zur Lehre von den Fremdheitsgefühlen.

An der Hand der von *Loewenfeld* veröffentlichten Arbeit über traumartige und verwandte Zustände bespricht *Juliusburger* unter gleichzeitiger Zugrundelegung seiner einschlägigen früher mitgeteilten Fälle das Auftreten von Fremdheitsgefühlen, wobei das Gefühl der Fremdartigkeit, der Veränderung, das Bewußtsein der Außenwelt, des eigenen Körpers, der eigenen Persönlichkeit ergreifen kann. *Juliusburger* bringt zwei neue Fälle zur Kenntnis, welche das Auftreten von Fremdheitsgefühlen in ausgesprochener Weise erkennen lassen. Das Gegenstück des Fremdheitsgefühles ist das Gefühl der Identifikation mit einem anderen Individuum oder dessen Leistungen, eine Identifikationstörung, die gleichfalls in der Psychologie der Psychosen und Neurosen eine große Rolle spielt. Das Gefühl der Identifikation kann nur zustande kommen durch eine starke Gefühlsübertragung auf das Objekt. Das Gefühl der Entfremdung tritt ein, wenn eine Gefühlstrennung mehr oder weniger extensiv und intensiv durch eine Störung des seelischen Mechanismus sich einstellt. Auch ist noch folgender Gesichtspunkt in Betracht zu ziehen. Wird der seelische Mechanismus in seinem harmonischen Zusammenhange erschüttert, steigen aus dem Unterbewußtsein Komplexe auf, welche das Oberbewußtsein ablehnt und als Fremdlinge betrachtet, so wird auch hierdurch naturgemäß ein Gefühl der Befremdung, ein Fremdheitsgefühl sich einstellen, welches einerseits das Persönlichkeitsbewußtsein befallen und andererseits in dem Drange nach Objektivierung sich dem Bewußtsein der Außendinge zugesellen kann. In letzterem Falle wird es sich um einen ähnlichen Vorgang wie beim paranoischen Mechanismus im Stadium der Bildung des Verfolgungswahnes handeln, dessen Genese darin zu erblicken sein dürfte,



daß im Unterbewußtsein des Individuums diesem gewisse Komplexe zu schaffen machen, es bedrängen, verfolgen und, auf die Außenwelt projiziert, in Vorstellungen der Bedrückung und Verfolgung dann wiederkehren.

(Der Vortrag erscheint in der Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.)

Diskussion. — *Bonhoeffer*-Berlin: Ich möchte an den Herrn Vortragenden die Frage richten, ob er nicht auch der Ansicht ist, daß das Fremdheitsgefühl kein psychopathogenetisch einheitlich zu beurteilendes Phänomen ist. Ich habe die von dem Vortragenden so anschaulich geschilderte Form am häufigsten bei leichten Depressionszuständen von periodischem und cyklothymem Charakter gesehen, und zwar stets verbunden mit einem starken Gefühl des veränderten Fühlens und des abgestumpften Interesses und der entsprechenden depressiven Affektlage. Das spricht in hohem Maße für die von dem Vortragenden vertretene Anschauung von der affektiven Genese der Störung. Der Herr Vortragende hat sich wahrscheinlich absichtlich auf die Besprechung der allgemein pathologischen Seite des Symptoms beschränkt. Ich glaube aber, es ist doch für die Gesamtbeurteilung der Erscheinung nicht gleichgültig, welche nosologische Stellung seinen beiden Fällen zuzuweisen ist. Ich möchte glauben, daß die Grundlage des ersten, vielleicht auch des zweiten Falles ein Depressionszustand von dem Charakter des endogenen periodischen ist. Das Dominieren der Zwangsvorstellungen im zweiten Fall spricht nicht dagegen. Im Gegenteil sieht man, wenn man darauf achtet, daß außerordentlich häufig ein depressiver Symptomkomplex von periodischem Charakter die Grundlage der Zwangsvorstellungen bildet. Daß dieser Symptomkomplex leicht übersehen wird, liegt daran, daß die Zwangsvorstellung für den Patienten im Mittelpunkt seines Interesses steht infolge der Befürchtung, daß das der Beginn einer Geistesstörung sei. Die Feststellung eines solchen primären endogenen Depressionszustandes ist nicht nur für die prognostische und therapeutische Beurteilung solcher Fälle, sondern auch für die allgemeine psychopathologische Betrachtung wichtig, weil es einem dann nicht begegnet, den primären Charakter der depressiven Affektlage zu ignorieren und normal psychologische Begleiterscheinungen des depressiven Affektes zu verkennen. Es erscheint mir nicht zulässig, endogene periodische Störungen, wie es Depressionen sind, aus unterbewußten Komplexwirkungen erklären zu wollen, es scheint mir das ein Rückschritt zu den psychologischen Erklärungsversuchen früherer Autoren. Ich halte es auch nicht für glücklich, von verdrängten unterbewußten kriminellen Tendenzen und Sexualaffekten zu sprechen, wenn ein Depressiver, in seiner Sucht, seine Vergangenheit pessimistisch zu durchsuchen, alte Kinderdiebstähle oder masturbatorische und andere sexuelle Sünden ausgräbt. Hier handelt es sich doch um keine Affektverdrängungen und um keine unterbewußten Vorgänge, sondern um in letzter

Linie normalpsychologische Vorgänge in scharfer, sogar oft überwiegender Bewußtseinsbeleuchtung, wie sie jede starke depressive Stimmung mit sich bringt. Eine Notwendigkeit, für das Fremdheitsgefühl bei Depressionen auf unterbewußte affektive Komplexwirkungen zu rekurrieren, scheint mir nicht vorzuliegen.

Endlich glaube ich, daß das Fremdheitsgefühl, wie es bei depressiven Zuständen sich findet, auch allgemein pathologisch von dem bei beginnenden paranoischen und paranoiden Prozessen durch das Fehlen der Note der Eigenbeziehung, von dem bei hysterischen und epileptiformen Zuständen vorkommenden durch das Fehlen der leicht traumhaften Bewußtseinsherabsetzung sich unterscheidet. Ein affektives Moment mag auch bei diesen Formen die Grundlage sein.

Liepmann-Dalldorf: Diese, wenn auch unter sich nicht ganz gleichartigen Fälle stehen in der Tat den leichten Fällen organisch bedingter Agnosie gegenüber, insofern bei letzteren nicht das Gefühlsmoment, sondern die Identifikation selbst gestört ist.

Juliusburger: Ich hatte es als meine Aufgabe betrachtet, in meinem Vortrage die Erscheinung des Fremdheitsgefühles für sich herauszuheben und einen Einblick in den Mechanismus seines Zustandekommens zu geben. Ich habe in meinem Vortrage ausdrücklich hervorgehoben, daß das Fremdheitsgefühl bei verschiedenen Neurosen und Psychosen vorkommt. Die von *Loewenfeld* erwähnten Fälle scheinen mir nicht in die Gruppe der periodischen Depressionen zu fallen. Von meinen in dem Vortrag mitgeteilten Fällen rechne ich den ersten zu den von mir beschriebenen Fällen von Pseudomelancholie, den zweiten fasse ich als Angstneurose mit Zwangsvorstellungen auf. Im übrigen ist die sogenannte Periodizität selbst noch ein Problem, das erst seine Auflösung finden wird in der Auffindung der determinierenden, insbesondere aus dem Unterbewußtsein wirkenden Komplexe, deren wechselvolles Siegen und Erliegen — der Kampf der Teile im Seelenleben — zur Erklärung der rezidivierenden intrapsychischen Vorgänge herangezogen werden muß. (Vgl. hierzu meine Arbeit „Zur Psychologie der Zwangsvorstellungen und Verwandtenehe", Zentralblatt für Nervenheilkunde u. Psychiatrie, 1909, S. 838.)

---

19. Versammlung des Norddeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurolgie zu Danzig am 8. Juli 1912.

Anwesend: *Berg*-Allenberg, *Birnbacher*-Danzig, *Boege*-Sierakowitz, *Boldt*-Graudenz, *Braune*-Conradstein, *Brexendorff*-Lauenburg i. P., *Graichen*-Allenberg, *Hantel*-Neustadt/Wpr., *Havemann*-Tapiau, *Hermes*-Neustadt/Wpr., *Herse*-Neustadt, *Hieronymus*-Lauenburg, *Kayser*-Dziekanka, *Keil*-Conradstein, *Ketz*-Schwetz, *Klieneberger*-Königsberg i. Pr., *Krebs*-Allenberg, *Krüger*-Tapiau, *Luther*-Lauenburg, *Laber*-Tapiau, *Mangold*-



Danzig, *Semi Meyer*-Danzig, *Meyer*-Königsberg, *Peters*-Conradstein, *Pflanz*-Danzig, *Rehnke*-Owinsk, *Schauen*-Schwetz, *Schöngarth*-Sorau a. G., *Schütze*-Owinsk, *Siemens*-Lauenburg, *Stoltenhoff*-Kortau, *Syring*-Neustadt, *Ad. Wallenberg*-Danzig, *Warschauer*-Hohensalza, *Wickel*-Dziekanka, *Witt*-Kosten.

Siemens als Vorsitzender begrüßt die Versammlung. Schriftführer: *Hieronymus*. Zu Ehren der verstorbenen Mitglieder Geh. Med.-Rat Dr. *Krömer*-Conradstein und Oberarzt Dr. *Taubert*-Lauenburg erheben sich die Anwesenden.

Die Kassenrechnung wird geprüft, und Entlastung wird erteilt. Als Ort der nächstjährigen Tagung wird wieder Danzig festgesetzt, als Geschäftsführer werden *Braune*-Conradstein und *Dubbers*-Allenberg gewählt.

Ihr Nichterscheinen haben entschuldigt und die Versammlung begrüßt: *Werner*-Owinsk (Geschäftsführer), *Mercklin*-, *Ermisch*-, *Vollheim*-Treptow a. R., *Knecht*-Neuruppin, *Schultze*-Greifswald.

Auf Vorschlag von *Meyer*-Königsberg wird ein Referat zur nächsten Sitzung bestimmt: „Fortschritte im Bau und Einrichtung der Anstalten für psychisch Kranke", welches *Wickel*-Dziekanka übernimmt. Es folgen die Vorträge:

Semi Meyer-Danzig: Die Lehre von den Bewegungsvorstellungen.

Die klassische Lehre von den Bewegungsvorstellungen, die von *Munk* ausgeht, besagt, daß in den Hirnfeldern, durch deren Reizung Bewegungen zu erzielen sind, lediglich Vorstellungen der Bewegungen lokalisiert seien, die aus den Daten gebildet werden, die die Muskeln bei ihrer Arbeit zentripetal ins Gehirn schicken: kinästhetische Vorstellungen. Die Theorie geht von der Anschauung aus, daß die Hirnrinde sensorisch ist, und daß ihrer Funktion stets Vorstellungen entsprechen oder entspringen. Der Inhalt der Bewegungsvorstellung wäre die Bewegungsausführung selbst in allen ihren Einzelheiten, und zum wirklichen Stattfinden der Willkürbewegungen wäre nichts nötig als die genügende Lebhaftigkeit der Bewegungsvorstellung.

Während diese Lehre noch vielfach auf den verschiedenen Gebieten arbeitende Forscher zu Anhängern hat, ist in der Pathologie im letzten Dezennium eine Umgestaltung der Anschauungen über Form und Bedeutung der Bewegungsvorstellungen unverkennbar. Die klinischen Erfahrungen über Störungen des Handelns werden heute kaum mehr im Sinne der sensorischen Theorie gedeutet, an die Stelle der Seelenlähmung ist die Apraxie getreten. Eine Zergliederung der tatsächlich nachweisbaren Vorstellungen ergibt immer deutlicher, daß die Vorstellungen, die von den eigenen Bewegungen zu erzeugen sind, von der dazu notwendigen Muskeltätigkeit schlechterdings nichts enthalten.

Die fertige Bewegung läßt sich nur in Teilstücke zerlegen, die immer wieder Leistungen, niemals Muskelaktionen sind, und jede Bewegung

stellt sich dar als eine Reihenleistung des Gedächtnisses. Diesem Tatbestand ist in der Apraxielehre in den von *Liepmann* und *Goldstein* geprägten Bezeichnungen „Bewegungsformel“ und „Wegvorstellung“ Rechnung getragen. Für das physiologische Gedächtnisbild, das aber heute, wo die Lehre von der Muskelempfindung ebenfalls gänzlich umgestaltet ist, keineswegs als ein rein zentripetal kinästhetisches aufgefaßt werden darf, eignet sich vielleicht der gelegentlich von *Monakow* gebrauchte Ausdruck „kinetische Figur“.

Belehrender für die Auffassung des Bewegungsablaufs ist die Betrachtung des Erwerbs der Bewegungen. Dieser geschieht auf einem Umwege, den die geistige Leistung des Vergleichens und Urteilens erforderlich macht, nämlich durch Probieren. Wir gehen dabei aus von ererbten Bewegungen, die im gesamten Tierreich die vorherrschenden bleiben, wodurch sich ganz ungezwungen die viel geringere Bedeutung der Hirnrinde und der Pyramidenbahn für jedes Tier ergibt. Wir können nur lernen durch Probieren, und der Erfolg des Lernens ist selbstverständlich Gedächtniserwerb. Wir sammeln einen Schatz von Bewegungserfahrungen, sind aber unabhängig von bestimmten Innervationen. Wir erwerben stets eine Technik, nicht wie das dressierte Tier bestimmte Muskelleistungen.

Die Bewegungsvorstellung wird unaufhörlich umgestaltet durch den Vorgang der Mechanisierung der Bewegungen. Die Vorstellung wird dabei zu einer einheitlichen Vertretung einer mehr oder weniger großen Reihe von Einzelleistungen, die einem gemeinsamen Ziele dienen. Daß dabei Teilstücke unwillkürlich werden, ist eine Irrlehre. Jede noch so verwickelte Leistung kann zu einem Teile einer immer größeren Reihe werden. Die Bewegungsvorstellung aber verhält sich nicht anders als jede andere Vorstellung. Sie gestaltet sich in jedem Augenblicke so, wie es dem Zwecke der Tätigkeit entspricht, sie ist für gewöhnlich nur Zielvorstellung und umgreift in sich ein außerordentlich verwickeltes Hirngeschehen, dessen einzelne Bestandstücke nicht im Bewußtsein vertreten sind. Eine Vorstellung, die Einzelheiten des Bewegungsablaufs enthielte, gibt es nicht. Wohl aber können wir uns unsere Bewegungen wie alles andere, was wir erleben, vorstellen, nur hat diese Vorstellung für die Ausführung der Bewegungen nicht die geringste Bedeutung. Das Problem des Willens findet in den Bewegungsvorstellungen nicht die einst erhoffte Lösung.

Klieneberger - Königsberg i. Pr.: Über Intelligenzprüfungen.

Ziel und Zweck der Intelligenzprüfung wird besprochen und hervorgehoben, daß die geistige Inventaraufnahme, die Kenntnis- oder Wissensprüfung hinter der eigentlichen Intelligenzprüfung zurücktreten müsse. *K.* berichtet sodann über die eingehenden Wissensprüfungen *Rodenwaldts* und über eigene in Greifswald angestellte Untersuchungen an Schülern der Volksschule, Bürgerschule und Studenten. Er bespricht weiterhin die



gebräuchlichsten Prüfungen der Merkfähigkeit und gibt dann eine Übersicht und kritische Würdigung der verschiedenen Methoden der eigentlichen Intelligenzprüfungen (Unterschiedsfragen, Begriffsbestimmungen, Legspielmethode, Ordnen von Worten zu einem Satz, Gleichungsmethode, *Ebbinghaus*sche Methode, *Masselon*sche Methode, Auffassen und Deuten von Erzählungen, Fabeln und Bildern — auch Münchener Bilderbogen, *Heilbronner*sche Bilder u. ähnl. —, Witz-, Sprichwörter und Kritikmethode), die im wesentlichen Prüfungen des Vorstellungs- und Begriffsvermögens, der Urteils- und Kombinationsfähigkeit darstellen. *K.* führt aus, daß die geschilderten Prüfungen nicht dazu dienen, festzustellen, ob jemand intelligent ist, sondern daß es uns nur darauf ankommt, festzustellen, ob jemand Intelligenzdefekte hat, daß hierzu die angegebenen Methoden durchaus brauchbar sind, daß es aber richtiger wäre, sie statt Intelligenzprüfungen Defektprüfungen zu nennen. Endlich weist *K.* auf die Schwierigkeiten hin, die sich einer Intelligenzprüfung Erwachsener in den Weg stellen, schildert das von den französischen Psychologen *Binet* und *Simon* geschaffene Intelligenzschema, erläutert die einzelnen Tests, die in einer Tabelle veranschaulicht werden, und bespricht eingehend Entstehung und Brauchbarkeit der *Binet*schen Methode.

Diskussion. — *Meyer*-Königsberg weist darauf hin, daß die Methode von *Binet* sich auch nützlich erweist bei älteren Schwachsinnigen, um den Grad der geistigen Schwäche festzustellen, und in jeder Weise zu empfehlen sei.

E. Meyer-Königsberg i. Pr.: a) Unfall durch Blitzwirkung.

Gleichzeitiger Absturz dreier Arbeiter von einem Bau zur Zeit eines Gewitters. Der erste Arbeiter, der einen Halswirbelbruch erlitten hatte — keine psychischen Störungen —, meinte vom Blitz getroffen zu sein, sei geblendet worden, resp. habe den Blitz gesehen, Knall gehört; Gefühl, als sei er gelähmt und stürzte dadurch ab. Der zweite Arbeiter, der nur eine leichte Kopfverletzung und Rippenfrakturen davongetragen hatte, ebenfalls ohne psychotische Erscheinungen, hatte plötzlich sehr starken Luftzug und Druck verspürt und sei heruntergeschleudert, als ob ihn einer herunterstieße. Gesehen oder gehört habe er nichts. Bewußtlos nur für einen Augenblick. Bei dem dritten Arbeiter endlich liegt eine Basisfraktur vor mit den psychischen Störungen der Commotio. Es besteht nur Erinnerung für den Eintritt des Gewitters, sonst Amnesie.

Ein Arbeiter, der in der Nähe der Verletzten war, hat einen Schlag wie von einem Leitungsdraht verspürt, war geblendet, sah gleichzeitig den einen abstürzen. Alle in dem Bau waren durch den Schlag beunruhigt, hatten das Gefühl, als sei etwas passiert. Am Dach waren verschiedene Zerstörungen, Spaltung von Pfosten und Sparren usw., ohne



Brandspuren. Am Körper und den Kleidern der Verletzten keine Zeichen von Blitzwirkung.

M. weist darauf hin, daß echte Blitzwirkung (*Jellinek*) nicht nachweislich vorliegt, aber auch nicht auszuschließen ist. Nach Laienmeinung hat es sich um einen „kalten Schlag" gehandelt, doch ist dieser Begriff physikalisch unklar. Der Gedanke liegt nahe, daß der Unfall durch Schwankungen des Luftdruckes infolge der Blitzwirkungen verursacht ist (Ausführliche Veröffentlichung in der ärztlichen Sachverständigen-Zeitung 1912).

b) Spinale Erkrankungen und psychotische Erscheinungen bei schwerer Anämie nebst anatomischem Befund.

48 jähriger Mann, starker Raucher. Sommer 1910 Schmerzen in den Beinen, leicht müde, nervös. Zunehmende allgemeine Schwäche, besonders der Beine, Ödeme, leichtes Fieber. Seit Ende 1910 psychische Alteration. Januar 1911 psychiatrische Klinik Königsberg. Dauernd leichte Benommenheit, Desorientiertheit, Auffassung und Merkfähigkeit stark beeinträchtigt, Neigung zur Perseveration, einzelne Halluzinationen.

Somatisch: Hochgradige Anämie (1—1½ Millionen rote Blutkörperchen, Hämoglobingehalt nach Sahli 25 %, nicht sicher perniziöse Anämie). RL +, Parese der Beine mit Steigerung der Sehnenreflexe, Andeutung von *Babinski*. Sprache undeutlich.

Sektion: An den inneren Organen hochgradige Anämie. Mikroskopisch: Spinaler Befund wie bei schwersten Anämien: Herde im ganzen Rückenmark, am stärksten in Brust und Hals, und zwar in den Hintersträngen, Seitensträngen und Vordersträngen, am wenigsten im Lendenteil. Mit *Pal-Weigert* resp. *Marchi* alte und frische Degeneration den Herden entsprechend, viele Körnchenzellen. Mit *Thionin* in den Herden Gitterzellen, daneben mächtige Gliazellen von gewohnter Form, an den Gefäßen kleinzellige Infiltration mit Plasmazellen, auch hyaline Degeneration der Gefäßwände. Ganglienzellen im Rückenmark ohne gröbere Veränderung. Im cp. restiforme anscheinend aufsteigende Degeneration, keine Herde. Ebensowenig im Gehirn Herde, Pyramidenzellen zum Teil schwer verändert. In den peripheren Nerven zum Teil Schwarztüpfelung mäßigen Grades. In den Muskeln unregelmäßig frische Degeneration.

M. betont, daß die psychischen Störungen den Bildern entsprechen, wie wir sie bei äußeren Schädigungen verschiedener Art finden. Sie sind nicht auf Herde im Gehirn zurückzuführen, sondern auf toxische Einflüsse infolge der Grundursache des gesamten Leidens. Die spinale Erkrankung entspricht dem gewohnten Bild. Der deutliche Befund von kleinzelliger Infiltration und Plasmazellen an den Gefäßen kann die Annahme, daß die Herde von den Gefäßen ausgehen, unterstützen.

Luther-Lauenburg: Zur Verhütung und Behandlung von Furunkulosen und Dermatitiden bei Geisteskranken.

Vortr. gibt eine Übersicht über die prophylaktischen und therapeutischen Maßnahmen bei den infolge Anwendung der Hydrotherapie auftretenden Hauterkrankungen. Bei der Furunkulose hat sich ihm am besten das frühzeitige Bepinseln der Furunkel nebst Umgebung mit 5—10 % Salizylkollodium bewährt, bei der Trichophytiasis das 5—10 % Chrysarobinkollodium.

Weiter empfiehlt er bei der Anwendung feuchter Packungen in allen Fällen, in denen die Pat. zu Hauterkrankungen neigen, das Wasser durch eine 3 % Borsäurelösung zu ersetzen, wodurch man das Auftreten von Hautaffektionen sicher verhütet. Ausgebreitete Furunkulosen heilen unter fortgesetzter Anwendung dieser Packungen in wenigen Tagen.

(Der Vortrag wird ausführlich in der Psych.-Neur. Wochenschrift veröffentlicht werden.)

Diskussion. — *Boldt*-Graudenz empfiehlt aus seinen Erfahrungen bei der Strafanstalt Graudenz die Anwendung von Staphylokokkenserum „Opsonogen", hergestellt von der chemischen Fabrik Güstrow.

Boldt-Graudenz: Schutzmaßregeln gegen geisteskranke und minderwertige Verbrecher.

Vortr. berichtet zunächst über die bisherigen Erfahrungen mit den Irrenabteilungen an preußischen Strafanstalten. Man sucht neuerdings nach Möglichkeit von der Haftentlassung der in der Strafhaft psychisch Erkrankten abzusehen und namentlich in den Fällen, wo es sich nur um kurzfristige Strafen handelt, die Betreffenden durchzuschleppen. Ausgeschlossen bleiben natürlich nach wie vor Krankheitformen wie etwa die Paralyse, Altersformen, gewisse Formen der Dementia praecox und endlich solche Fälle, bei denen auch der Aufenthalt in der Irrenabteilung mit ihren so viel günstigeren Existenzbedingungen ersichtlich ungünstig auf den Zustand einwirkt. Dagegen hat die Erfahrung gelehrt, daß doch ein noch erheblicher Prozentsatz z. B. der degenerativen Haftpsychosen sich sehr wohl halten läßt; besonders segensreich hat sich auch hier der Einfluß einer geregelten Beschäftigung, namentlich Gartenarbeit, erwiesen. Vermehrt werden sollten die sogen. Abteilungen für Minderwertige, die mit ihrer speziellen Eigenart gleichfalls wesentlich dazu beitragen dürften, daß einerseits schwerere Erkrankungen im Strafvollzug überhaupt nicht vorkommen, andererseits viele psychisch Defekte unter Umgehung der Irrenanstalt ihre Strafe abbüßen können.

Weiterhin besprach Vortr. die Maßnahmen, die künftighin den auf Grund des § 51 St.G.B. freigesprochenen Geisteskranken zuteil werden. Diese Individuen werden nach wie vor den Provinzialirrenanstalten zu überweisen sein. Anders die kriminellen Trunksüchtigen, welche, sofern es sich um gesellschaftlich bessere Elemente handelt, in Privatanstalten, anderen-

falls in besonderen Sicherungsanstalten unterzubringen wären. Diese besonderen Sicherungsanstalten kämen gleichzeitig in Frage für das große Heer der Geisteskranken und Minderwertigen, welche bisher nach verbüßter Strafe entweder in die Freiheit entlassen oder in die Provinzialirrenanstalten eingewiesen wurden. Diese Sicherungsanstalten würden für Preußen ein Novum darstellen. Sie würden ein Mittelding zwischen Heilanstalt und Strafanstalt bilden. Die Leitung müßte unbedingt in den Händen eines Arztes liegen. Durch intensive Arbeit, Feld-, Garten-. Tischlerarbeiten usw., würde man auf der einen Seite die Leute ganz wesentlich zur Deckung der Unkosten heranziehen, auf der anderen Seite den segensreichen Einfluß der Arbeit wirken lassen. Eine Entlassung aus diesen Anstalten würde immer nur vorläufig und unter eine gewisse Schutzaufsicht, wohlgemerkt nicht Polizeiaufsicht, erfolgen können.

Disksussion. — *Wickel*: Die von dem Herrn Vortragenden mitgeteilten neuen Bestrebungen, welche uns die erwünschten Zwischenanstalten bringen sollen, sind von den Irrenanstalten äußerst dankbar zu begrüßen. Besonders werden sie die sog. Bewahrungshäuser in geeigneter Weise entlasten. Vier Anstalten und 200 Plätze dürften auf die Dauer ausreichen.

Stoltenhoff fragt an, auf Grund welcher Bestimmungen die weitere Verwahrung der Minderwertigen nach verbüßter Strafhaft erfolgen wird.

Der Vortragende erwidert, daß zur neuen Strafprozeßordnuug eine derartige gesetzliche Bestimmung in Vorbereitung ist.

Ketz-Schwetz: Über Anstaltabwässer.

Die Abwässerfrage spielte bei der Typhusepidemie in Conradstein begreiflicherweise eine große Rolle. Alle Abwässer, ca. 600 cbm täglich. gelangen auf ein Rieselfeld, nachdem durch einen Grobrechen und einen Sandfang die festen Stoffe zurückgehalten sind. Schließlich gehen die Wässer in die Ferse, an der stromabwärts die Stadt Pr. Stargard liegt. Nach Ausbruch des Typhus wurde angeordnet, daß die Abgänge der Klosetts und Waschräume der Infektionsabteilungen in eine besondere Tonne entleert und desinfiziert würden, daß ferner die Wäsche vor Einlieferung in die Waschanstalt desinfiziert würde. In die Einsteigschächte wurde täglich Kresol geschüttet. Der Reg. Med.-Rat verlangte auch eine besondere Küche für die Typhusstation, die aber nicht bewilligt wurde. Dann wurde verlangt, daß das Baden der Typhuskranken eingestellt wurde, auch wurde der Verkehr mit Gemüse und Gartenfrüchten nach der Stadt untersagt, der Verkehr mit der Stadt überhaupt beschränkt, z. B. der Besuch des Gymnasiums untersagt. Nachdem einige Stargarder Kinder. welche sich am Fluß getummelt, erkrankt waren, wurden noch strengere Absperrmaßregeln gefordert. — Die Untersuchung der in die Ferse geleiteten Abwässer des Conradsteiner Rieselfeldes erwies sich bei Untersuchung als frei von Typhuskeimen, doch liegt darin natürlich keine Gewähr. — Die Durchsuchung nach Typhusbazillenträgern ergab 70 solcher.

— Daß die Rieselfelder verseucht waren, ist zweifellos, und daß die Ferse verseucht war, bewies das Auftreten von Typhusfällen unterhalb Conradstein. Wie lange sich die Typhuskeime außerhalb des Körpers lebensfähig erhalten, ist ungewiß. Sie sind in organische Substanz (Schleim, Eiweißstoffe, Pflanzenteile) eingebettet, Ratten, Krähen und andere Tiere, welche die Rieselfelder bevölkern, können sie verbreiten und beherbergen. Vorsicht ist daher geboten. Daher die Forderung eines vor Auslauf ins Rieselfeld eingeschalteten Klärverfahrens bzw. der vorherigen Desinfektion mit Chlorkalk oder Kalkmilch. Für Anlagen zu diesem Zweck gibt es verschiedene Verfahren und Apparate.

Auch die Abwässer der Anstalt Schwetz haben ein Klärverfahren durchzumachen, welches beschrieben wird. Es folgen allgemeine Bemerkungen über die gegen Infektionskranke in den Anstalten zu treffenden Maßnahmen und Einrichtungen.

Diskussion. — *Braune*-Conradstein macht auf Wunsch des Vorsitzenden nähere Mitteilungen über die Conradsteiner Typhusepidemie, die dort im vergangenen Jahre auftrat. Die Epidemie hat nahezu ein Jahr gedauert. Es wurden über 200 Fälle beobachtet, darunter eine größere Zahl Beamter und Angestellter und deren Angehöriger. Die größte Zahl gelangte im Juli 1911 mit 50 Fällen zur Beobachtung. Die Entstehung ist wahrscheinlich auf mehrere Ursachen zurückzuführen. Eine große Gefahr bildet für die Anstalt die Tatsache, daß in dem nahegelegenen Preußisch-Stargard Typhus endemisch ist und es schon vor Erbauung der Anstalt Conradstein, die in den Jahren 1893—95 erfolgte, war. Im Jahre 1899 kamen in Preußisch-Stargard allein 48 Typhusfälle zur amtlichen Kenntnis. Das Aufhören der Epidemie ist darauf zurückzuführen, daß eine viermalige Untersuchung sämtlicher Anstaltbewohner auf Typhusbazillen erfolgte. Es wurden dadurch im ganzen 65 Typhusbazillenträger und Dauerausscheider festgestellt. Diese sind in zwei Häusern abgesondert und werden noch regelmäßig untersucht. Einige von ihnen scheiden auch jetzt noch Typhusbazillen aus. Es wurden auch unter den Angestellten bzw. deren Angehörigen drei Bazillenträger nachgewiesen, deren Behandlung und Beobachtung besondere Schwierigkeiten bot.

Wallenberg-Danzig zeigt das Rückenmark einer 75 jährigen Frau, bei der während des Lebens Erscheinungen eines Tumors in der Höhe des 6. bis 8. Dorsalsegments bestanden, und bei der post mortem ein Endotheliom der Dura mit Psammombildung (Untersuchung durch Herrn Prosektor Dr. *Stahr*) in der Höhe des 2. bis 3. Dorsalsegments gefunden wurde. *W.* zeigt die betreffenden mikroskopischen Präparate, die außer den bekannten auf- und absteigenden Degenerationen (*Marchi*-Präparate) noch syringomyelie-ähnliche Veränderungen im Vorderhorn des 1. sowie des 3. bis 5. Dorsalsegments aufweisen. *W.* hat bei derselben Frau einen gut abgegrenzten, seines Wissens bisher nicht beschriebenen Eigenkern des Ponticulus im kaudalen Dach der Rautengrube gefunden, den er ebenfalls demonstriert.



Kleinere Mitteilungen.

Die 18. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen wird Sonntag, 27. Oktober, von 9 Uhr Vorm. ab in der psychiatrischen und Nervenklinik zu Halle stattfinden. Vorträge: 1. Herr *Abderhalden*-Halle: Ausblicke über die Verwertbarkeit biologischer Methoden auf dem Gebiete der Pathologie des Nervensystems. 2. Herr *Ahrens*-Jena: Die Zirkulation des Liquor cerebrospinalis. 3. Herr *Anton*-Halle: Pubertätsdysostose mit nervösen Symptomen. 4. Herr *Binswanger*-Jena: Über Pseudomyasthenie. 5. Herr *Degenkolb*-Altenburg: Das Raumumgangsfeld und die Raumerscheinungen. 6. Herr *Flechsig*-Leipzig: Die Flächengliederung der menschlichen Großhirnrinde. 7. Herr *Gregor*-Leipzig: Thema vorbehalten. 8. Herr *Jaeger*-Halle: Über Goldsolreaktion im Liquor cerebrospinalis. 9. Herr *Jolly*-Halle: Über Heredität bei Geistesgesunden und Geisteskranken. 10. Herr *Kluge*-Potsdam: Wie weit ist bisher die praktische Mitarbeit des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung gediehen? 11. Herr *Kürbitz*-Sonnenstein: Über Zeichnungen Geisteskranker. 12. Herr *Neuendorf*-Bernburg: Zur Behandlung aufgeregter Geisteskranker. 13. Herr *v. Nießl-Mayendorf*-Leipzig: Über die pathologischen Komponenten des choreatischen Phänomens (Projektionsvortrag). 14. Herr *Nitsche*-Dresden: Zur Lehre von den paranoischen Psychosen. 15. Herr *Pfeifer*-Nietleben: Über experimentelle Untersuchungen am Thalamus opticus. 16. Herr *Röper*-Jena: Zur Ätiologie der multiplen Sklerose. 17. Herr *Rühle*-Uchtspringe: Experimentelle Studien über tumorartig wachsende Fremdkörper im Tiergehirn (mit Demonstrationen). 18. Herr *Weber*-Chemnitz: Ein Fall von Hirnerschütterung mit anatomischem Befund. 19. Herr *Wichura*-Schierke: Über einen Fall von Eklampsie mit bleibenden schweren Störungen des Gedächtnisses, Erkennens und Handelns. 20. Herr *Willige*-Halle: Über akute Paranoia. — Am Vorabend 8 Uhr gesellige Vereinigung im Hotel Berges nahe dem Bahnhof. Festmahl am 27. Oktober 5 Uhr Nachm. ebendort. Anmeldungen hierzu bis zum 20. Oktober an den 1. Geschäftsführer Prof. *Anton*-Halle.

Am 20. September wird in Lübeck anstelle des im Jahre 1786 erbauten Unsinnigenhauses, der heutigen Staatsirrenanstalt, die neue Heilanstalt Strecknitz für Nervöse und Geisteskranke dem Betriebe übergeben.

Preisausschreiben. — *Cesare Lombroso* hat testamentarisch, solange das von ihm gegründete Archivio d'Anthropologia criminale besteht, eine Summe von Frcs. 500.— für die beste Arbeit oder die hervor-

ragendste Entdeckung auf dem Gebiete der Kriminal-Anthropologie bestimmt.

Dieser Preis soll in jedem zweiten Jahre verteilt werden.

Die Familie Lombroso hat mit der Zuerkennung des Preises das Organisationskomitee des VIII. int. Kriminal-Anthropologischen Kongresses beauftragt und als Vertreter der Familie Frau Dr. *Gina Lombroso-Ferrero* benannt, unter gleichzeitiger Erhöhung des Preises auf Frcs. 1000.

Das Organisationskomitee hat die Bedingungen des Preisausschreibens nunmehr so festgesetzt:

Ein Preis von 1000 Lire (*Lombroso*-Preis) wird für die hervorragendste Arbeit oder die bedeutsamste Entdeckung auf dem Gebiete der Kriminal-Anthropologie bei Gelegenheit des internationalen Kriminal-Anthropologischen-Kongresses in Budapest (Sommer 1914) vergeben werden.

Die Arbeiten der Entdeckungen müssen im Laufe der Jahre 1911 1912, 1913, 1914 veröffentlicht sein oder veröffentlicht werden.

Der Wettbewerb ist international.

Ungedruckte Manuskripte können in Schreibmaschinenschrift zum Wettbewerb zugelassen werden; die Auszahlung des Preises erfolgt in dem Falle nach der Drucklegung.

Eine Zusendung der bereits gedruckten Arbeiten an das Preisrichterkollegium ist erwünscht, aber nicht Bedingung.

Die Preisverteilung findet in der Eröffnungssitzung des VIII. int. Kriminal-Anthropologischen Kongresses statt.

Das Organisationskomitee des VIII. internationalen Kriminal-Anthropologischen Kongresses: Prof. Dr. *G. Aschaffenburg*-Cöln, Staatssekretär Prof. *von Balogh*-Budapest, Prof. Dr. *Enr. Ferri*-Rom, Dr. *Hans Kurella*-Bonn, Geh. Medizinalrat Prof. *Sommer*-Gießen, Frau Dr. *Gina Lombroso-Ferrero* (Vertreterin der Familie *Lombroso*).

Nekrolog P. W. Jessen. — *Peter Willers Jessen* wurde am 5. März 1823 in Schleswig geboren als Sohn des Direktors der 1820 gegründeten Irrenanstalt bei Schleswig. Schon früh erwachte daher sein Interesse für die Psychiatrie; um so mehr als die damals noch dänische Anstalt im Norden rasch Ruf und Ansehen gewann, so daß Patienten aus Schweden und Norwegen sowie besonders aus Kopenhagen und Hamburg Aufnahme fanden. *Jessen* studierte in Kiel, Göttingen und Berlin; 1847 wurde er in Kiel zum Dr. med. promoviert und war dann 1847/48 unter *Flemming* Assistenzarzt auf dem Sachsenberg bei Schwerin. Sein Vater hatte 1845 die Privat-Irrenanstalt Hornheim bei Kiel gegründet; nachdem Vater und Sohn diese jahrelang zusammen geleitet hatten, wurde der Sohn 1875 alleiniger Inhaber.

Im Jahre 1853 wurde *Jessen* Privatdozent für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin an der Universität Kiel. 1870 wurde er zum Mitarbeiter bei dem Provinzial-Medizinal-Kollegium, 1875 zum

Medizinalrat in demselben und 1893 zum Geheimen Medizinal-Rat ernannt. 1906 schied er aus dem Dozentenkörper der Universität aus. Er starb am 13. Februar 1912.

Jessen ist in seinem langen Leben öffentlich nicht viel hervorgetreten, obwohl er vielseitige wissenschaftliche Interessen verfolgte, wie aus dem Verzeichnis seiner Publikationen im Register des Bandes 38 dieser Zeitschrift hervorgeht. In der Debatte konnte er scharf auftreten, traf aber meistens den Nagel auf den Kopf. Unter seinen Arbeiten sind einige von größerer Bedeutung geblieben, z. B. die mit *Esmarch* gemeinschaftlich geschriebene Abhandlung über „Syphilis und Geistesstörung", welche besonders auch dadurch beachtenswert ist, daß sie die heute so brennende Tagesfrage „Syphilis und Paralyse", allerdings unbewußt, erörtert, denn unter den angeführten Fällen befinden sich einige zweifellose Paralytiker. doch, dem damaligen (1857) Stande der Psychiatrie entsprechend, noch nicht als einheitliche Krankheitbilder erkannt. In einigen Abhandlungen „Über die Konvulsionen unter den Jansenisten in Paris", Bd. VII dieser Zeitschrift, „Über die Inspirierten und Fanatiker von Languedoc 1685 bis 1780" (e. l. Bd. IX), „Bedenken über die angebliche Predigerkrankheit zu Niedereggen" Bd. XIV, tritt die schon erwähnte kritische Seite auch auf historischem Gebiet stark hervor. Mehrere Abhandlungen betreffen psychisch-gerichtliche Medizin, unter ihnen „Über Zurechnungsfähigkeit" (e. l. Bd. XXVII), diese ist auch jetzt noch bedeutungvoll. Mit seinem Vater zusammen machte er für die IV. Versammlung deutscher Psychiater in Frankfurt a. M., September 1864, Vorlagen, welche „Thesen zur gerichtlichen Psychiatrie" in eingehender Weise begründeten (e. l. Bd. XX). *Jessen* hat auch den technischen Einrichtungen der Anstalten sowie der Frage der Irrenkolonie Interesse gewidmet. Er las und referierte über ausländische Zeitschriften und über neue Erscheinungen im Gebiete der Psychiatrie und Psychologie. Das Hauptinteresse aber widmete er gerichtlichen Fragen; 1876 reichte er eine Petition an den deutschen Reichstag ein in betreff der Entmündigung von Geisteskranken.

Sein wichtigstes Werk „Die Brandstiftungen in Affekten und Geistesstörungen, ein Beitrag zur gerichtlichen Medizin für Juristen und Ärzte" erschien 1860 in Kiel bei Ernst Homann; „Pyromanie" zu widerlegen, setzte er sich darin als Ziel. Die Sorgfalt und Klarheit mit der er diese Aufgabe zu lösen unternahm, machen das Buch noch heute lesenswert.

Kirchhoff.

Nekrolog Böhme. — Am 4. März 1912 starb im eben vollendeten 61. Jahr der Anstaltsdirektor von Colditz i. Sa., Obermedizinalrat Dr. *Ernst Max Böhme*, an Leberkrebs, der zum Glück kein zu langes Siechtum erforderte. Mit erstaunlichem Mute ging er dem Tode entgegen, ordnete alle seine Sachen und suchte bis zuletzt den Seinen die Gefahr zu verheimlichen. Geboren 1851 (Dez.) zu Radeberg bei Dresden, wo sein Vater praktischer Arzt war, machte er im 14. Lebensjahre einen schweren



Typhus durch, der ihm in seinen Folgen lange nachhing. Von 1866—73 besuchte er das Gymnasium zum heiligen Kreuze in Dresden, bezog zu Ostern die Universität Leipzig und ward 1878 daselbst als praktischer Arzt approbiert. Im April dieses Jahres ward er als Hilfsarzt an die Landesanstalt Hubertusburg angestellt, und neben seiner Tätigkeit als Psychiater betrieb er noch eine ziemlich große ärztliche Praxis im Dorfe und in der Umgegend. 1887 kam er als Anstaltsarzt an die Epileptiker-Anstalt Hochweitzschen, ward 1889 zum Oberarzt (erstem Arzt) und im März 1899 zum Medizinalrate ernannt. Gleich darnach ward er als ärztlicher Vorstand der Männerabteilung nach der Anstalt Hubertusburg berufen, die er aber schon am 1. Oktober 1902 verließ, um als Direktor nach Hochweitzschen zurückzugehen. In gleicher Eigenschaft kam er dann Dezember 1907 nach Colditz und ward 1909 zum Obermedizinalrat befördert. Soweit die trockenen Daten. Vom Typhus her behielt er offenbar durch sein ganzes Leben einen sehr schwachen Magen, der ihn zur größten Zurückgezogenheit und Solidität zwang. Daher beteiligte er sich wenig an Versammlungen usw. und ist so verhältnismäßig wenigen Kollegen bekannt geworden. Er besaß äußerst wertvolle Eigenschaften, die ihn namentlich zum Anstaltdirektor prädestinierten. Er war höflich, gefällig, verstand sehr gut mit den Leuten und seinen Kranken umzugehen, hatte, trotzdem er nur wenig gereist war und wenig mit der Welt verkehrte, ein sehr geschärftes und feines Urteil über seine Mitmenschen und bemühte sich stets gerecht zu sein. Als praktischer Arzt war er s. Z. sehr gesucht gewesen und zeigte auch als Direktor überall einen praktischen Blick, der ihn fast immer das Richtige treffen ließ. Er war ferner die personifizierte Gewissenhaftigkeit und wirkte so entschieden erzieherisch auf seine Umgebung. Die schon früher angebahnten Verbesserungen der alten Anstalt durch Umbauten im Innern brachte er zu einem gewissen Abschlusse. Im schriftlichen Verkehr mit den Behörden zeigte er sich gewandt und allen Anforderungen gewachsen. Daß er sich mit seinen Ärzten gut stand, versteht sich von selbst. Ganz im Anfang seiner Karriere hat er auch einige wissenschaftliche Arbeiten geliefert. Ehre seinem Andenken! *Näcke.*

Personalnachrichten.

Dr. *Paul Näcke*, Med.-Rat u. Prof., bisher in Hubertusburg ist zum Direktor der Landesanstalt Colditz,

Dr. *Friedr. Ungemach*, Oberarzt in Eglfing, zum Direktor der unterfränkischen Kreisanstalt Lohr,

Dr. *Ad. Schmidt*, Oberarzt in Altscherbitz, zum Direktor der neuen Landesanstalt Pfafferode bei Mühlhausen i. T.,

Dr. *Leop. Oster*, Med.-Rat, Oberarzt in Illenau, zum Direktor der noch im Bau befindlichen badischen Anstalt zu Reichenau bei Constanz ernannt worden.

Dr. *Hans Weyermann* ist als Oberarzt von Werneck nach Lohr,

Dr. *Im. Hoffmann* als Oberarzt von Altscherbitz nach Pfafferode,



Dr. *Rud. Großmann* als Oberarzt von Nietleben nach Altscherbitz,
Dr. *Herm. Bockhorn* als Oberarzt von Uchtspringe nach Nietleben,
Dr. *Arth. Ketz* als Oberarzt von Conradstein nach Schwetz und
Dr. *Ernst Brückner* als Oberarzt von Hamburg-Friedrichsberg nach Langenhorn versetzt worden.
Dr. *Carl Schmidt* in Altscherbitz und
Dr. *Ad. Hug. Hasche-Klünder* in Hamburg-Friedrichsberg sind zu Oberärzten befördert worden.
Dr. *Emil Jach* in Altscherbitz wurde Oberarzt in Pfafferode,
Dr. *Kurt Schröder* in Altscherbitz Oberarzt in Uchtspringe,
Dr. *Fritz Ast* in Eglfing Oberarzt in Haar,
Dr. *Paul Reiß* in Bayreuth Anstaltsarzt in Ansbach.
Dr. *Paul Langer*, ordentl. Arzt in Jerichow, wurde nach Altscherbitz versetzt.
Dr. *Mart. Pappenheim*, bisher in Heidelberg, hat sich als Nervenarzt in Bad Reichenhall niedergelassen.
Dr. *Paul Schröder*, Prof., und
Dr. *Franz Kramer*, Prof., bisher in Breslau, haben sich an der Universität Berlin habilitiert.
Dr. *Gust. Rabbas*, San.-Rat, Dir. d. Prov.-Anstalt Neustadt, W.-Pr., ist zum Medizinalrat,
Dr. *Ad. Schmidt*, Dir. der Landesanstalt Pfafferode,
Dr. *Rud. Großmann*, Oberarzt in Altscherbitz, und
Dr. *Rud. Wahrendorff*, dirig. Arzt der Privatanstalt Ilten, sind zu Sanitätsräten ernannt worden.
Dr. *Heinr. Schüle*, Geh.-Rat, Dir. von Illenau, ist zum Ehrenmitglied des badischen staatsärztlichen Vereins gewählt worden.
Dr. *Gust. Flügge*, Dir. der Prov.-Anstalt Bedburg, hat den Roten Adlerorden 4. Klasse,
Dr. *Albr. Pätz*, Geh. Sanitätsrat, Dir. von Altscherbitz, den Kronenorden 3. Kl.
Dr. *Alfons Schäfer*, Med.-Rat, Dir. des Genesungshauses in Roda, das Ritterkreuz 2. Kl. des Ernestinischen Hausordens und
Dr. *Emil Krimmel*, Med.-Rat, Dir. d. Landesanstalt Zwiefalten, das Ritterkreuz 1. Kl. des Friedrichsordens erhalten.
Dr. *Willers Jessen*, Geh. Med.-Rat u. ehem. Dir. der früheren Privatanstalt Hornheim bei Kiel, ist am 13. Februar d. J. im 89. Lebensjahre,
Dr. *Max Böhme*, Obermed.-Rat u. Dir. der Landesanstalt Colditz, am 4. März im 62. Lebensjahre gestorben.
Dr. *Max Schönfeldt*, Dir. d. Privatanstalt Atgasen bei Riga, ist am 19. Juli, 51 Jahre alt, von einem Geisteskranken erschossen worden.
Dr. *Anton Gutsch*, Strafanstaltsarzt a. D., ist im 88. Lebensjahre am 26. Juli in Karlsruhe,
Dr. *August Cramer*, Geh. Med.-Rat u. Prof. in Göttingen, am 5. September, fast 52 Jahr alt, gestorben.



Über den Einfluß des Abdominaltyphus auf bestehende geistige Erkrankung.

Von

Dr. **Wern. H. Becker**, Oberarzt an der Landesirrenanstalt Weilmünster in Nassau.

Daß Psychosen durch interkurrierenden Unterleibstyphus sich bessern, ist schon öfter beobachtet worden. *Kraepelin* [1] sagt darüber: „In einer kleinen Anzahl von Fällen hat man das Eintreten psychischer Genesung während oder nach einer fieberhaften Erkrankung (namentlich Typhus, Erysipel, Intermittens) .... beobachtet. Am häufigsten handelte es sich dabei natürlich um verhältnismäßig frische Erkrankungen, Melancholie, Manie, Amentia der Autoren, aber bisweilen tritt die günstige Wendung auch nach längerer Dauer und in anscheinend aussichtlosen Fällen ein ....". *Ziehen* [2] erinnert daran, daß Typhus gleich anderen akuten fieberhaften Erkrankungen gelegentlich eine „Spätheilung" auszulösen vermag. Andere Lehrbücher übergehen die Frage, die sonst in der Literatur schon häufiger angeschnitten worden ist. Ich zitiere nur einige Bekanntgebungen jüngeren Datums.

Direktor *Frölich*-Königsfelden [3] schreibt im Mai dieses Jahres:

„Wir haben dann dies Jahr auch wieder einmal eine günstige Beeinflussung der Psychose durch die Infektionskrankheit erlebt. Es handelt sich um eine Frau, die vor einem Jahre in ganz akuter Weise in Form der Verwirrtheit an Dementia praecox erkrankt war, und die dann im Laufe des Typhus immer klarer wurde und bald nach der Genesung von der körperlichen Krankheit auch psychisch als genesen entlassen werden konnte. Wenn man nun auch berücksichtigt, daß es sich hier um einen prognostisch nicht ungünstigen Fall von Dementia praecox handelte, so darf man bei aller kritischen Zurückhaltung doch annehmen, daß die akute Infektionskrankheit den Heilungsvorgang bei der Psychose eingeleitet und beschleunigt hat. Bei den alten Fällen von Dementia

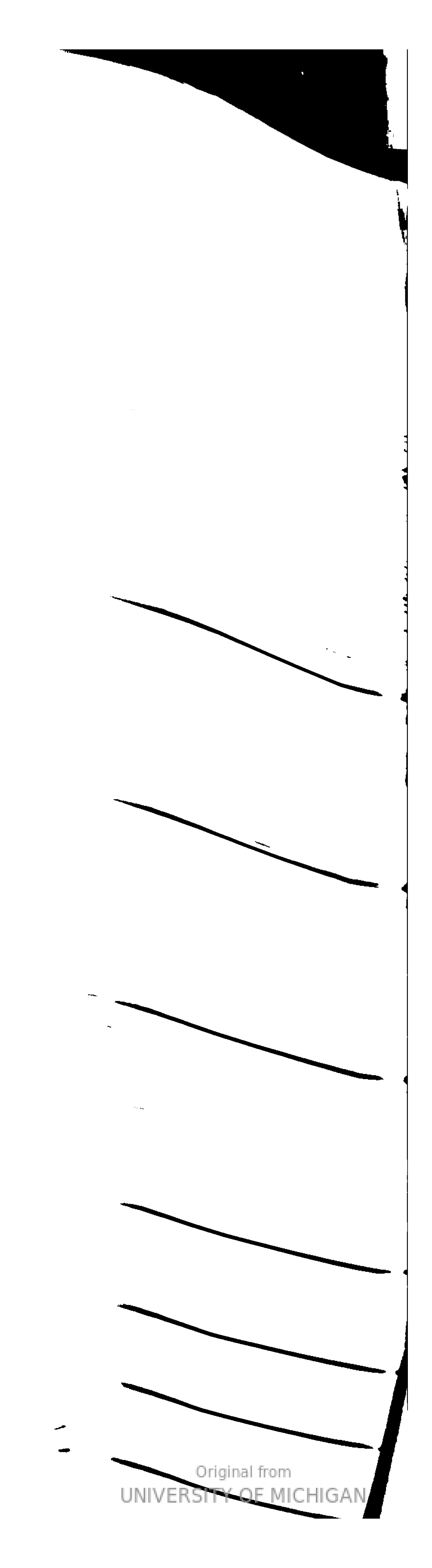


Tabelle der Krankengeschichten.

Lfd. Nr.	Name	Geschlecht	Alter zur Zeit der Typhuserkrankung	Dauer der Psychose bis zum Ausbruch des Typhus abdominalis	Dauer des Typhusfiebers	Psychiatrische Diagnose	Besserung der psychischen Störung durch den Typhus
1	K. M.	weibl.	22 Jahre	5 Monate	16. Mai bis 8. Juni 1899	Hebephrenie	„Während der Krankheit und besonders in der Rekonvaleszenz zunehmende geistige Besserung. Zunächst kamen Unreinlichkeiten nicht mehr vor, dann machte sich zunehmende Krankheiteinsicht bemerkbar. Sie zeigte sich nett und freundlich, drängte, aber nicht in übermäßig heftiger Weise, auf Entlassung und konnte .... am 11. Juli 1899 entlassen werden.“ Soll heute noch in der Freiheit und gesund geblieben sein.
2	V. T.	weibl.	15½ Jahr	2 Jahre [i. e. seit Verschlimmerung in der Pubertät]	24. September bis 4. Oktober 1907	Imbezillität (moral insanity) + akut einsetzende heboide Pfropferkrankung in der Pubertät	Während der Erkrankung dauernd ruhig, folgsam und sehr geduldig. Die Krankengeschichte sagt dann weiter: Dezember 1907: „Patientin hat sich wieder ganz von ihrer Krankheit (sc. Typhus) erholt..... Ver-

						halten immer noch ruhig, geordnet, freundlich und lenksam.“ April 1908: „Patientin war seither fleißig....... Nur selten einmal aufbrausend, wenn sie von der Umgebung gereizt wurde; darnach — im Gegensatz zu früher — bald und leicht zu beschwichtigen. Folgsam, freundlich, ordentlich. Niemals mehr eigentlich erregt oder gar gewalttätig.......“ 7. Mai 1908: „Sieht sehr gut aus. Ist ordentlich, folgsam und fleißig. Fügt sich, wenn ihr Wünsche versagt werden, was früher nicht ohne Aufregungen möglich war. Wird heute von ihrem Pflegevater abgeholt und nach B. beurlaubt.“ 7. Juni 1908: Die Beurlaubung wird in Entlassung umgewandelt. 14. August 1909: Von der städt. Irrenanstalt zu F. läuft die Nachricht ein, daß Patientin dort wieder aufgenommen sei.
3	K. S.	weibl.	32 Jahre	Imbezillität seit 3. Lebensjahr (im	29. Oktober bis 12. November 1900	Imbezillität + katatonische Form	Während vorher nie eine Remission bemerkbar, setzte jetzt mit dem

55*



5	D. S.	weibl.	42 Jahre	6 Jahre	24. März bis 2. Ma[illegible] 1911; Endzeitpunkt nicht genau festzustellen, da Übergang in Tuberkulosefieber	[illegible] paranoide Form	folgungs[illegible] [illegible] tigungstrieb (vorher ständiges Schimpfen und Sichverstecken unter der Bettdecke!), freundlich und ziemlich geordnetes Verhalten, läßt sich im Gegensatz zu früher stets untersuchen; Krankheiteinsicht. Hätte unter besseren äußeren Umständen sogar in eine Lungenheilanstalt überführt werden können. — Starb am 23. Juli 1911, die Sektion ergab als Todesursache Lungentuberkulose bei völliger Ausheilung der Typhusgeschwüre.
6	V. S.	weibl.	26 Jahre	5 ½ Jahre	14. Mai bis 8. Juni 1911; Endzeitpunkt nicht genau festzustellen, da Übergang in Tuberkulosefieber	Dementia praecox	Anscheinend leichte Besserung, wenigstens Nachlassen der stürmischen Erscheinungen, und zugänglich und freundlich dabei, wie nie zuvor. — Im Gegensatz zu Fall 5 schien dem Ref., als dem beide behandelnden Abteilungsarzt, jedoch hier die zunehmende Hilfsbedürftigkeit und Hinfälligkeit eine größere Rolle zu spielen als der Typhus.

[illegible]	Name	[illegible]	Alter zur Zeit der Typhuserkrankung	Dauer der Psychose bis zum Ausbruch des Typhus abdominalis	Dauer des Typhusfiebers	Psychiatrische Diagnose	Besserung der psychischen Störung durch den Typhus
7	K. V.	weibl.	23 Jahre	1½ Jahr	1. Oktober bis 27. Oktober 1911	Dementia praecox, katatonische Form	Auffallende Besserung der Psyche während des Typhus, nachher stets geordnet geblieben. Eine vorgenommene Intelligenzprüfung im Winter 1911/12 ließ kaum Defekte nachweisbar werden. Krankheiteinsicht. Am 23. März 1912 als „geheilt“ entlassen. Aus den Briefen, die Patientin jetzt noch immer an Mitpatientinnen schreibt, geht hervor, daß anscheinend bis jetzt noch kein Rezidiv eingetreten ist (Juli 1912).
8	A. S.	weibl.	41 Jahre	„Viele“ Jahre, seit nahezu 4 Jahren anstaltbedürftig	2. Oktober bis 17. Oktober 1911	Dementia praecox, zuerst mehr paranoiden, dann mehr katatonischen Charakters	Eine schon vor dem Typhus einsetzende Remission (seit Ende Juli 1911) wurde durch denselben mächtig gefördert. Keinerlei Spannungserscheinungen mehr. Lediglich wegen fehlender Krankheiteinsicht und eines hier und da hervortretenden Beziehungswahns, andererseits auch wegen nicht sehr günstiger familiärer Verhältnisse

							noch nicht zur Entlassung gekommen.
9	B. J.	weibl.	26 Jahre	4 Jahre	8. Oktober bis 5. November 1911	Melancholie, sekundäre Demenz	Die vorher seit 1½ Jahren ganz mutazistische Patientin spricht seit dem Typhus, antwortet auf Fragen, hat etwas Krankheiteinsicht, arbeitet, ist im Gegensatz zu früher reinlich! — Nur ist ein Schwachsinn zurückgeblieben, der einen solchen Grad hat, daß Entlassung höchstens bei sehr günstigen familiären Verhältnissen in Frage kommen könnte.
10	M. D.	weibl.	30 Jahre	4—4½ Jahre	13. Oktober bis 1. November 1911	Dementia praecox, paranoide Form, offenbar — nach bisherigem Verlauf zu urteilen — zu Remissionen neigend	Durch Typhus (post oder propter?) deutliche Remission eingetreten. Keine Erregung mehr, freundlich, arbeitsam. Nur fällt leichte Gemütsstumpfheit auf. Wäre wahrscheinlich bei günstigeren familiären Verhältnissen schon zur Entlassung gekommen.

praecox, die in den letzten Jahren Typhus durchmachten, konnten wir nie eine günstige Beeinflussung der Psychose beobachten.“

Und das Kgl. Medizinalkollegium Württembergs schreibt im Jahre 1910 aus Winnenthal[4]:

„Ein schon seit Jahren schwer melancholisch Deprimierter, dessen Ernährung während des Typhus auf besonderen psychischen Widerstand gestoßen war, ist so erheblich freier geworden, daß seine Beurlaubung für absehbare Zeit in Aussicht genommen werden kann. Bei zwei Defektzuständen vom Charakter der Dementia praecox hat sich die Sperrung der psychischen Vorgänge teilweise gelöst, so daß sie aus bettlägrigen Pfleglingen mit allerlei unangenehmen Stereotypien jetzt zu brauchbaren Arbeitern geworden sind, die mit der Zeit auch vielleicht dem bürgerlichen Leben zurückgegeben werden können.“

Auch *Omorokow*[5] sah die Besserung, besonders akuter, Psychosen: Melancholie, Manie, Amentia, seltener Dementia praecox. Den größten Einfluß schreibt auch er neben dem Erysipel dem Typhus zu.

Im Gegensatz dazu konnte *Krell*[6] keinen wesentlichen Einfluß auf den Verlauf der geistigen Störungen durch interkurrenten Abdominaltyphus feststellen, und er knüpfte daran den m. E. etwas kühnen Schluß:

„Anscheinend hat es sich übrigens bei verschiedenen in der Literatur angeführten Fällen von posttyphösen Besserungen um periodische Störungen gehandelt.“

Sollten wirklich Psychiater wie *Kraepelin* und *Ziehen* sich so haben düpieren lassen? — Das ist doch kaum anzunehmen.

Mich eingehend mit der in Rede stehenden Frage beschäftigend, habe ich in diesem Frühjahr die ärztlichen Akten der Landesirrenanstalt Weilmünster daraufhin durchgesehen und mir über jeden einzelnen Fall Notizen gemacht. Bei der Aufstellung einer tabellarischen Übersicht konnte ich das gewonnene Material in 5 große Tabellen unterbringen. Dieser große Umfang schien mir indes die Aufnahme der Arbeit in diese Zeitschrift in Frage zu stellen, und ich habe mich deshalb begnügt, die 10 wichtigsten Fälle auszulesen und in einer neuen Tabelle (siehe S. 800—805) zusammenzufassen.

Der Abdominaltyphus ist im Jahre 1897 gleich nach Eröffnung der Anstalt in den ersten Monaten hier eingeschleppt worden und dann — vermutlich meist durch Bazillenträgerinnen[1]) fortgepflanzt —

[1]) Zurzeit weilt ein bakteriologisch vorgebildeter Arzt hier zwecks Eruierung der Bazillenträger, von denen bereits drei (weibliche) gefunden und in einer Isolierbaracke untergebracht worden sind.



nach bald längeren, bald kürzeren Zwischenräumen immer wieder aufgeflackert. Bei den Geisteskranken fand ich im ganzen 82 Fälle, von denen 22 letal endigten. Bei diesen Todesfällen sind allerdings alle Fälle mitgerechnet, die an Pneumonie, an „schlechtem" Herzen usw. zugrunde gingen oder die einer Nachkrankheit zum Opfer fielen [1]). Die übrigen 60 Fälle [2]) verteilten sich auf die einzelnen Kranheitgruppen und auf die je nach dem Grad der psychischen Besserung aufgestellten drei Rubriken folgendermaßen:

Psychiatrische Diagnose		Rubrik I. Fälle ohne wesentliche Besserung	Rubrik II. Fälle von länger als einige Wochen dauernder deutlich wahrnehmbarer Besserung	Rubrik III. Fälle von Besserung bis zur Entlassungfähigkeit
Paranoia-Gruppe		9	—	—
Dementia praecox-Gruppe	nicht näher diagnostiziert	3	—	—
	Hebephrenie	6	1	2
	Katatonie	8	4	1
	Spätkatatonie	1	—	—
	Paranoid	3	1	2
Dementia secundaria	nach unbekannter primärer Psychose	1	—	—
	nach Puerperalpsychose	1	—	—
	nach Melancholie	1	1	—
Manisch-depressives Irresein		2	1	1
Dementia	arteriosclerotica	1	—	—
	praesenilis	1	—	—
	senilis	1	—	—
Akute primäre Demenz		1	—	—
Idiotie		3	—	—
Epilepsie		1	—	—
Progressive Paralyse		3	—	—

[1]) Eine Patientin starb z. B. nach überstandenem Abdominaltyphus. Bei der Sektion fanden sich die Typhusgeschwüre fast verheilt, als Todesursache ergab sich eine frische Peritonitis, die von der vereiterten und perforierten Gallenblase ausgegangen war. Solche Fälle sind also in obige 22 mit eingerechnet und erklären neben anderen Umständen (zeitweise schwerer genius loci, Unreinlichkeit Geisteskranker, Nichterkennung des Prodromalstadiums bei stumpfen Patienten usw.) den hohen Prozentsatz.

[2]) Sämtlich bakteriologisch einwandfrei als Typhusfälle festgestellt.

Die Diagnosen sind nicht nach einem einheitlichen Gesichtspunkt gestellt. Es liegt das daran, daß die Fälle sich über 15 Jahre verteilen, und daß ferner die Patienten zum Teil aus fremden Anstalten zu uns kamen; die dort gestellte Diagnose wurde dann meist nicht mehr geändert.

Dem Geschlecht nach war die Verteilung ungleich: ich fand 50 Frauen, aber nur 10 Männer. Das erklärt sich offenbar aus der erhöhten Disposition der Frauen, Dauerausscheider zu werden, was ja auch *Neißer*[7] bestätigt fand. Nebenbei bemerkt sei nur, daß ich eine bedeutende Verschlimmerung bestehender oder latenter Lungenphthise durch den Typhus mehrfach bemerkte. Sodann sah ich auffallend viele Dementia praecox-Kranke, die ja an sich schon mehr weiblichen Geschlechtes zu sein pflegen, an Typhus erkranken, was sich wohl daraus erklärt, daß beide Erkrankungen vorwiegend das jugendliche Lebensalter befallen. Es mag nun wundernehmen, daß die von anderen Autoren betonten akuten Krankheiten, wie Manie, Melancholie, Amentia usw. so wenig bei uns vom Typhus betroffen wurden. Das liegt aber an unserem Krankenmaterial, das nicht nur wenig fluktuiert, sondern auch etwa zur Hälfte aus Fällen besteht, die vorher in anderen Anstalten (Beobachtungstationen und Kliniken) untergebracht waren. So entfallen unsere wesentlich gebesserten Fälle fast ausschließlich in die Kategorie der Dementia praecox, die nach meinen Erfahrungen zweifellos die Neigung hat, sich durch Typhus zu bessern. Hatte ich doch in 17,4% meiner Dementia praecox-Fälle eine „Besserung bis zur Entlassungfähigkeit"[1]) und gar 34,4% Besserungsfälle, wenn Fälle mitgerechnet werden, die für einige Monate eine deutliche Besserung zeigten.

Noch günstiger wird das Resultat, wenn ich nur die Fälle von Dementia praecox berücksichtige, die noch nicht länger als 6 Jahre bestanden; denn dann finde ich von 16 Fällen 5 entlassungfähige, 4 wesentlich gebesserte und nur 7 ungebesserte, von denen man bei 3 auch noch von einer „Besserung von einigen Wochen Dauer" hätte reden können, falls man diese Rubrik eingeschoben hätte. Im Gegensatz dazu blieb die Psychose ganz unbeeinflußt, wenn Idiotische

[1]) Ich spreche absichtlich von „Besserung bis zur Entlassungfähigkeit", nicht von „Heilungen", damit nicht der Anschein erweckt wird, als ob ich „Dauerheilungen" im Auge hätte.

typhös erkrankten; ganz erklärlich. Auch die Paralyse, die chronische Paranoia und die Epilepsie besserten sich höchstens bis zu einigen Wochen. Auffallend ist, daß die 4 Fälle von manisch-depressivem Irresein sämtlich sich besserten, denn auch die 2 unter Rubrik I verzeichneten Fälle ließen für einige Wochen eine Remission erkennen, daß hingegen die senilen Geistesstörungen absolut unbeeinflußt blieben. Das Lebensalter spielt eben eine wichtige Rolle bei dieser Frage. Ich fand in Rubrik I (ungebesserte Fälle und Fälle von Besserung bis zu höchstens einigen Wochen) bei den 46 Fällen ein Durchschnittsalter von 41 3/4 Jahren, in Rubrik II bei den 8 Fällen merklicher und längerer Besserung ein solches von 33½ und in Rubrik III bei den bis zur Entlassungfähigkeit gebesserten 6 Fällen ein solches von 27 2/3 Jahren.

Ähnliche Resultate erhalten wir, wenn wir in den einzelnen Rubriken die Durchschnittsdauer der Psychose bis zum Ausbruch des Typhus vergleichen. Da haben wir in Rubrik I eine durchschnittliche Dauer der Geisteskrankheit von 12,4 Jahren, in Rubrik II eine solche von etwa 8¼ Jahren und in Rubrik III eine solche von weniger als 5 Jahren.

Nun noch ein paar Worte zu den von mir wiedergegebenen 10 Krankengeschichten in der Tabelle. Sie gehören sämtlich zu den in Rubrik II und III genannten Fällen mit Ausnahme des Falles 6, den ich als nur gering gebessert der Rubrik I zugerechnet habe; Fall 3, 4, 8 und 9 fallen in Rubrik II, Fall 1, 2, 5, 7 und 10 in die Rubrik III. Die Fälle von manisch-depressivem Irresein und die restierenden 3 Fälle von Dementia praecox bieten kein solches Interesse mehr, daß ihre ausführliche Wiedergabe sich gelohnt hätte. Wert der Aufnahme in die Tabelle schienen mir hauptsächlich die Fälle zu sein, die während und nach der typhösen Erkrankung besonders eingehend bezüglich ihres Geisteszustandes beobachtet worden waren, und deren Krankengeschichten — letztere sind natürlich auch nur auszugweise wiedergegeben — bezüglich unseres Themas besonders instruktiv zu sein schienen.

Ich fasse meine Resultate folgendermaßen zusammen:

1. Es ist berechtigt, in der psychiatrischen Wissenschaft die Möglichkeit und das nicht selten tatsächliche Vorkommen von Besserung der geistigen Störungen durch interkurrierenden Abdominaltyphus als feststehend anzunehmen.



2. Dieses Ereignis ist von 3 Faktoren abhängig: a) von der Art der Psychose, b) von dem Lebensalter, c) von der Dauer der psychischen Erkrankung bis zum Ausbruch des Typhus.

3. Idiotie, Epilepsie, Paralyse [hier muß ich z. B. *Fischers*[8] Ansicht völlig beipflichten] und die senilen Geistesstörungen bleiben fast ganz unbeeinflußt; Dementia praecox dagegen wird sehr oft gebessert, in manchen Fällen bis zur Entlassungfähigkeit; das manisch-depressive Irresein entzieht sich wegen seines an sich schon periodischen und zirkulären Charakters einstweilen noch der Beurteilung; über andere funktionelle Psychosen fehlt mir das Material zum Urteil.

Literatur.

1. *Kraepelin*, Psychiatrie, 8. Auflage, Leipzig 1909.
2. *Ziehen*, Psychiatrie, 4. Auflage, Leipzig 1911.
3. Jahresbericht der kantonalen Heil- und Pflegeanstalt Königsfelden (Aargau) 1911, Brugg 1912.
4. Bericht über die im Kgr. Württemberg bestehenden Staats- und Privatanstalten für Geisteskranke usw. für das Jahr 1908, Stuttgart 1910.
5. *Omorokow*, Über die günstige Wirkung interkurrenter Infektionskrankheiten auf den Verlauf von Psychosen, Obosrenje psichiatrii Nr. 6, 1909.
6. *Krell*, Typhus in Großschweidnitz, Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift Nr. 9 u. 10, 1909/10.
7. *Neißer*, Die Bedeutung der Bazillenträger in Irrenanstalten, Referat, erstattet auf dem IV. internationalen Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke zu Berlin am 6. Oktober 1910.
8. *Fischer* in der Diskussion zu *Meyers* und *Spielmeyers* Vorträgen („Die Behandlung der Paralyse") auf dem diesjährigen Psychiaterkongreß am 31. Mai in Kiel.

Über die Sterblichkeit, die Todesursachen und die Sektionsbefunde bei Epileptikern.

Von

Dr. **R. Hahn** in Hochweitzschen.

Soweit die Epileptiker im Königreich Sachsen staatlicher Fürsorge unterstellt werden, gelangen sie seit dem Jahre 1891 fast ausschließlich in der Landesanstalt Hochweitzschen zur Unterbringung. Die Zahl der hier Verpflegten schwankte alljährlich zwischen 222 bis 377 weiblichen und 310 bis 528 männlichen Kranken; jetzt — im April 1912 — beläuft sich der Bestand auf 371 weibliche und 451 männliche Kranke; im Durchschnitt dürften sich innerhalb der letzten 21 Jahre andauernd etwa 300 weibliche und gegen 420 männliche, also insgesamt gegen 720 Kranke zur Behandlung und Pflege in der hiesigen Anstalt befunden haben.

In klinisch-ätiologischer Beziehung handelt es sich bei diesem Krankenmaterial in mindestens 80—90% der Fälle um Formen echter genuiner oder idiopathischer Epilepsie, in einigen wenigen Fällen ohne alle weiteren psychischen Komplikationen, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle aber verbunden mit Zuständen angeborener oder im Verlaufe der Krankheit erworbener geistiger Abschwächung mehr oder minder erheblichen Grades, zum Teil auch kompliziert durch chronische Psychosen und andere psychopathische Zustände, wie sie auf dem Boden der somatisch-psychischen Degeneration so leicht zu erwachsen pflegen. Formen symptomatischer Epilepsie mit sicher nachweisbarer Ätiologie oder schon im Leben sicher festzustellendem anatomischen Gehirnleiden bilden unter den hier zur Aufnahme gelangenden Krampfkranken stets nur eine verschwindende Minderheit. Immerhin wird man bei den Sektionen nicht allzu selten durch palpable Gehirnbefunde überrascht, die man nach dem klinischen Bilde, unter dem die Epilepsie verlief, nicht vermuten konnte. Läßt sich doch die symptomatische, ätiologisch oder anatomisch mehr oder minder wohl charakterisierte Epilepsie ihrem Verlaufe nach nicht immer scharf und deutlich von der genuinen Epilepsie abgrenzen, und verlaufen viele dieser Fälle, bei denen die Sektion Rindenläsionen, Arteriosklerose, Dementia paralytica, Lues, Tumor, Cysticercus cerebri u. ä. m.

ergibt, doch durchaus unter dem Bilde einer genuinen Epilepsie, ganz zu schweigen von den zahlreichen, auf Mißbildungen oder entzündlichen Erkrankungen des Gehirns usw. beruhenden Formen, die bei genauerer Feststellung aller klinisch hervortretenden Krankheiterscheinungen die anatomische Gehirndiagnose oft schon im Leben ermöglichen. Dazu gesellen sich die Fälle symptomatischer Epilepsie, bei denen man toxische Einflüsse oder sonstige Schädigungen als ätiologischen Faktor mit mehr oder minder großer Bestimmtheit voraussetzen darf, z. B. Traumen, Lues, chronischer Alkoholismus, chronische Nephritis u. dgl. m. Fälle dieser Art pflegen, auch wenn sie schon im Leben richtig erkannt wurden, zu weiterer Behandlung in der hiesigen Anstalt beibehalten und in den statistischen Aufstellungen einfach als Epileptiker aufgeführt zu werden, während Kranke, bei denen echte epileptische Krampfanfälle fehlen oder irrigerweise angenommen worden waren, z. B. Hysterische oder Katatoniker mit konvulsionären Zuständen, nach Ermittlung der zutreffenden Diagnose zur Entlassung oder zur Überweisung in die ihrem Wohnsitze entsprechende Irrenanstalt gelangen. Ganz besonders ist das der Fall bei den als Dementia paralytica erkannten Krankheitzuständen. Das Material der hiesigen Anstalt setzt sich daher fast ausschließlich aus Kranken zusammen, die man dem Charakter der bei ihnen vorzugsweise hervortretenden Krankheiterscheinungen entsprechend als echte Epileptiker zu bezeichnen berechtigt ist, wennschon sie, nach ätiologischen und pathologisch-anatomischen Gesichtspunkten gruppiert, wohl zum größten Teil der idiopathischen, zu einem Teile aber auch der symptomatischen Epilepsie zuzuweisen sind.

Daß ein so beschaffenes Krankenmaterial ganz besonders geeignet erscheint, über einige die Mortalität der Epileptiker betreffende Fragen Aufschluß zu geben, liegt auf der Hand. In den meisten Abhandlungen über Epilepsie pflegen darüber indessen nur spärliche Bemerkungen enthalten zu sein. Trotz vielseitiger und eingehender Erfahrungen sprechen sich die verschiedenen Autoren oft sehr unterschiedlich über die Frage der Lebensdauer der Epileptiker und über die Ursachen ihres Todes aus; es mangelt noch durchaus an umfänglicheren statistischen Erhebungen, um die verschiedenen sich hier aufdrängenden Fragen einer Lösung näher zu führen. Es erschien daher nicht überflüssig, das gesamte Material der hiesigen Anstalt einer eingehenden Durchsicht zu unterwerfen und nachzuprüfen, inwieweit die in der Literatur enthaltenen Angaben über die Mortalität der Epileptiker, über die Ursachen ihres Todes und andere bei der Sektion zu erhebende bemerkenswerte Befunde nach den Ergebnissen dieser Untersuchungen Bestätigung finden oder einer Korrektur zu bedürfen scheinen.



Schon über die Frage der bei den Epileptikern tatsächlich auftretenden Sterblichkeit ist es schwer, aus den in der Literatur enthaltenen wenigen Angaben ein einigermaßen zuverlässiges Urteil zu gewinnen.

Buzzard stellte, wie *Gowers* anführt, unter 2828 in einem Zeitraume von 34½ Jahren im allgemeinen Krankenhause für Gelähmte und Epileptiker zu London zur Behandlung gelangten Fällen von Epilepsie 38 Todesfälle fest. Nach *Heimann* starben in den preußischen Irrenanstalten von 100 wegen „Seelenstörung mit Epilepsie" behandelten im Jahresdurchschnitt 1876—1879 9,0 männliche und 7,9 weibliche Kranke, während die entsprechenden Ziffern für den Jahresdurchschnitt 1880—1891 8,3 und 7,4 und für den Jahresdurchschnitt 1892—1897 6,6 und 6,7 lauten. Aus den in den offiziellen Berichten der Stadt Berlin über die Anstalt Wuhlgarten enthaltenen Angaben läßt sich für die letzten 10 Jahre eine zwischen 4½ bis 6% schwankende Sterblichkeit herausrechnen.

Wie sich die Sterblichkeitsverhältnisse während des Zeitraumes von 1891—1911 in der hiesigen Anstalt gestalteten, ergibt sich aus Tabelle I.

Tabelle I: Sterblichkeit.

Es starben im Jahre	männliche Kranke	weibliche Kranke	insgesamt	Prozente
1891	36	5	41	5,7
1892	24	12	36	5,2
1893	18	23	41	5,8
1894	15	10	25	3,7
1895	16	5	21	3,6
1896	6	8	14	1,9
1897	9	6	15	1,8
1898	5	4	9	1,2
1899	8	20	28	3,2
1900	13	13	26	3,3
1901	12	7	19	2,4
1902	12	9	21	2,6
1903	13	6	19	3,7
1904	9	9	18	2,6
1905	11	13	24	3,6
1906	14	5	19	2,6
1907	15	5	20	2,6
1908	25	7	32	4,2
1909	19	17	36	4,7
1910	27	12	39	5,2
1911	25	9	34	4,3
insgesamt	332	205	537	3,5



Die Gesamtzahl der vom Jahre 1891 bis zum Jahre 1911 einschließlich verstorbenen Kranken belief sich darnach auf 537, und zwar gingen 332 m. und 205 w. Kranke innerhalb dieser 21 Jahre mit Tod ab. Da nun die Zahl der während dieses Zeitraums alljährlich hier verpflegten Epileptiker im Durchschnitt gegen 300 w. und 420 m., insgesamt also etwa 720 Kranke betrug, so berechnet sich der Prozentsatz der Mortalität überhaupt auf 3,5%, und zwar belief sich die Sterblichkeit bei den m. epileptischen Kranken auf 3,7%, bei den w. dagegen auf 3,2%. Die Schwankungen während der einzelnen Jahre, auf die Gesamtzahl der im Durchschnitt jeweilig hier Verpflegten bezogen, ergibt sich aus obenstehender Tabelle.

Zieht man in Erwägung, daß die Sterblichkeit in den verschiedenen Kulturstaaten nicht unerheblichen Schwankungen unterliegt, und daß die Mortalität der Gesamtbevölkerung eines Landes nur selten unter 2% herabgeht, meist aber den Wert von 2% überschreitet, so wird man die Sterblichkeit der Epileptiker, die doch die Mortalität in der Bevölkerung des Deutschen Reiches z. B. nur um ein mäßiges übersteigt, als hoch nicht bezeichnen können. Es bestätigt sich damit, was *Gowers*, *Oppenheim* u. a. betonen, ohne freilich beweisende Zahlen beizubringen, daß die Lebensgefahr für die mit Epilepsie behafteten Kranken an sich nicht allzu groß ist. Soweit es sich um Verhältnisse im Königreich Sachsen handelt, blieb die Sterblichkeit in der Epileptikeranstalt auch stets wesentlich zurück hinter der Mortalität, wie sie in den ausschließlich zur Aufnahme für nicht epileptische Geisteskranke bestimmten Anstalten auftrat: unter 5% des durchschnittlichen Gesamtbestandes ging sie hier auch unter den günstigsten Verhältnissen nie herab; meist aber betrug sie über 7%, ja erreichte oft noch wesentlich höhere Werte. Dabei machte sich stets eine auffällige Differenz zwischen der Sterblichkeit bei den m. und derjenigen der w. Verpflegten geltend, und zwar stieg sie dort nicht selten auf über 10% des durchschnittlichen Krankenbestandes an, während sie hier immer um 2—5% niedriger blieb. Man wird indessen kaum fehlgehen, wenn man annimmt, daß die in den Irrenanstalten zu beobachtende höhere Sterblichkeit in der Hauptsache auf die hier so zahlreich ins Gewicht fallenden Todesfälle der an Dementia paralytica Erkrankten zurückzuführen ist; die größere Häufigkeit der progressiven Paralyse bei den Männern dürfte gewiß auch die höhere Sterblichkeit bei diesen den weiblichen Kranken gegenüber zur Folge haben. Ohne die Paralytiker würde die Sterb-

lichkeit wohl auch in den Irrenanstalten kaum nennenswert diejenige der Gesamtbevölkerung eines Landes übersteigen; das ergibt sich auch aus den statistischen Feststellungen *Heimanns* über die Sterblichkeit in den preußischen Irrenanstalten für die Jahre 1876 bis 1897.

Wenn aber die Lebensgefahr für die Epileptiker an sich auch gewiß nicht groß ist, so erhebt sich immerhin noch die Frage, ob sie nicht doch in relativ jungen Jahren ihrem Leiden erliegen.

Oppenheim z. B. vertritt die Anschauung, daß ein nicht geringer Teil der Epileptiker vorzeitig stirbt; *Binswanger* hält es auf Grund statistischer Berechnungen für festgestellt, daß die Epileptiker im Durchschnitt kein hohes Alter erreichen, und auch sonst wird in fast allen Abhandlungen übereinstimmend betont, daß die Epilepsie die Lebensdauer abkürzt. Genauere Angaben vermißt man zumeist jedoch, oder die vereinzelt mitgeteilten Ziffern stützen sich auf ein so kleines Beobachtungsmaterial, daß bindende Schlüsse nur mit Vorsicht daraus gezogen werden können. *Köhler*, der bei einer Gesamtzahl von 121 Epileptikern der Anstalt Hubertusburg 19 Todesfälle fand, berechnet das Durchschnittsalter der Lebenden auf 26,4 Jahre und gibt an, daß bis zum 30. Lebensjahre 57,6 %, vom 30. Jahre ab aber 42,9 % der Epileptiker starben. Er kommt zu dem Schlusse, daß die Lebensdauer der Epileptiker geringer ist als bei anderen Gehirnkranken, und zwar stürben die epileptischen Irren durchschnittlich um 9 Jahre früher als die nicht epileptischen und die übrigen Epileptiker 7 Jahre früher als die Nicht-Epileptiker; während bis zum 25. Jahre namentlich das m. Geschlecht gefährdet sei, sei in den späteren Jahren mehr das w. Geschlecht dieser Lebensverkürzung ausgesetzt. Nach *Habermaas*' Ermittlungen waren unter den 937 Epileptikern der Anstalt Stetten aus den Jahren 1869—1898, über die er berichtet, 66,6 % der noch Lebenden über 20, 30,2 % über 30, 11,3 % über 40 und nur noch 4,5 % über 50 Jahre alt. Die mit Tod abgegangenen 166 Epileptiker erreichten ein Durchschnittsalter von 25 Jahren, 72 % starben vor Ablauf des 30. Lebensjahres und 2,8 % wurden über 50 Jahre alt. Unter Zugrundelegung der *Vierordt*schen Tabellen spricht er sich dahin aus, daß die Sterblichkeit unter den Epileptikern bis zum 11. Lebensjahre so ziemlich den normalen Verhältnissen entspricht, während sie dieselben im 15. Lebensjahre um das vierfache übersteige, im 20. Lebensjahre das doppelte betrage, im 21. Lebensjahre trete wieder eine Steigerung auf das dreifache ein; dann halte sie sich bis zum 25. Lebensjahre auf doppelter Höhe, erreiche im 30. Jahre annähernd normale Verhältnisse, sinke von da ab immer tiefer unter den Durchschnitt und betrage im 50. Jahre nur noch ein Zehntel.

Um Vergleiche anstellen zu können, wurden im April 1912 die Altersverhältnisse der zum Bestande der hiesigen Anstalt gehörigen



und der seit 1891 hier verstorbenen Kranken — insgesamt 547 — genau ermittelt und in Tabelle II verzeichnet.

Tabelle II: Altersverhältnisse.

Alter	der lebenden Kranken männlich	weiblich	insgesamt	der gestorb. Kranken männlich	weiblich	insgesamt
5—10 J.	7 = 1,5 %	3 = 0,8 %	10 = 1,2 %	2 = 0,5 %	3 = 1,4 %	5 = 0,9
10—15 „	38 = 8,4 %	27 = 7,2 %	65 = 7,9 %	18 = 5,3 %	10 = 4,7 %	28 = 5,1
15—20 „	57 = 12,6 %	28 = 7,5 %	85 = 10,3 %	28 = 8,2 %	15 = 7,1 %	43 = 7,8
20—30 „	115 = 25,4 %	88 = 23,7 %	203 = 24,6 %	81 = 23,9 %	44 = 21,0 %	125 = 22,8
30—40 „	120 = 26,6 %	94 = 25,3 %	214 = 26,0 %	86 = 25,4 %	58 = 27,7 %	144 = 26,3
40—50 „	65 = 14,4 %	85 = 22,9 %	150 = 18,2 %	55 = 16,2 %	47 = 22,4 %	102 = 18,6
50—60 „	39 = 8,6 %	35 = 9,4 %	74 = 9,0 %	36 = 10,6 %	20 = 9,5 %	56 = 10,2
60—70 „	10 = 2,2 %	5 = 1,3 %	15 = 1,8 %	25 = 7,3 %	9 = 4,3 %	34 = 6,2
über 70 „	—	6 = 1,6 %	6 = 0,7 %	7 = 2,0 %	3 = 1,4 %	10 = 1,8
insges.	451	371	822	338	209	547

Das Durchschnittsalter der lebenden, teils hier aufhältlichen, teils „auf Urlaub“ befindlichen 451 m. Kranken berechnet sich darnach auf 31,7, das der 371 w. Kranken auf 34,6, das Durchschnittsalter der noch lebenden 822 Kranken überhaupt auf 33 Jahre, während sich als Durchschnittsalter für die verstorbenen 338 m. Kranken 37,5, für die verstorbenen 209 w. Kranken 36,1, für die hier verstorbenen 547 Kranken überhaupt 36,3 Jahre ergeben. Bis 20 Jahre alt waren vom noch lebenden Krankenbestande 102 = 22,6 % m. und 58 = 15,6 % w., insgesamt 160 = 19,4 % Kranke; bis zum 20. Jahre verstarben 48 = 14,6 % m. und 28 = 13,3 % w., insgesamt 76 = 13,8 % Kranke. In welcher Weise sich die Verhältnisse für die nachfolgenden Jahre gestalten, ist aus Tabelle III zu ersehen.

Tabelle III: Altersverhältnisse.

Alter Jahre	der lebenden Kranken männlich	weiblich	insgesamt	der verstorb. Kranken männlich	weiblich	insgesamt
üb. 20 J	349 = 77,3 %	313 = 84,3 %	662 = 80,5 %	290 = 85,7 %	181 = 86,6 %	471 = 86,1
„ 30 „	234 = 51,8 %	225 = 60,6 %	459 = 55,8 %	209 = 61,8 %	137 = 65,5 %	346 = 63,2
„ 40 „	114 = 25,2 %	131 = 35,3 %	245 = 29,8 %	123 = 36,3 %	79 = 37,7 %	202 = 36,9
„ 50 „	49 = 10,8 %	46 = 12,3 %	95 = 11,5 %	68 = 20,1 %	32 = 15,3 %	100 = 18,2
„ 60 „	10 = 2,2 %	11 = 2,9 %	21 = 2,5 %	32 = 9,4 %	12 = 5,7 %	44 = 8,0
„ 70 „	—	6 = 1,6 %	6 = 0,7 %	7 = 2,0 %	3 = 1,4 %	10 = 1,6

Verglichen mit den Ermittlungen von *Köhler* und *Habermaas* findet man für die Kranken der hiesigen Anstalt erheblich günstigere Altersverhältnisse, insbesondere auch bei den verstorbenen Kranken. Starben doch bis zum 30. Lebensjahre hier nur 129 = 38,1 % m. und 72 = 34,8 % w.,

insgesamt also 201 = 36,7 % Kranke, während vom 30. Lebensjahre ab 209 = 61,8 % m. und 137 = 65,5 % w., insgesamt also 346 = 63,2 % Kranke mit Tod abgingen. Ein Alter von über 50 Jahren erreichten immerhin noch 68 = 20,1 % der verstorbenen m. und 32 = 15,3 % der verstorbenen w. Kranken, insgesamt also 100 = 18,2 % Personen. Die zwischen der Sterblichkeit der m. und w. Kranken in den verschiedenen Lebensabschnitten hervortretenden Differenzen sind zu unbedeutend, als daß daraus weitergehende Schlüsse gezogen werden könnten. Die überwiegende Mehrzahl der Todesfälle ereignete sich zwischen dem 20. bis 50. Lebensjahre: starben während dieses Zeitabschnittes von den 338 m. Kranken doch 222 = 65,6 %, von den 209 w. Kranken 149 = 71,2 %, insgesamt also 371 = 67,8 %. Indessen ist zu beachten, daß bei an sich gleicher tatsächlicher Lebensbedrohung die Alterszusammensetzung des Krankenbestandes einen maßgebenden Einfluß auf die allgemeine Sterblichkeit ausüben muß; unter dem Krankenbestande der hiesigen Anstalt sind aber, wie die vorstehend mitgeteilten Tabellen erkennen lassen, vorzugweise diese Altersklassen vertreten. Der beständige Wechsel der Zuführungen und Abgänge gibt wohl vorübergehend Anlaß zu Verschiebungen der Altersgruppen; aber die eintretenden Schwankungen gelangen immer sehr bald wieder zum Ausgleich, und so blieb der Altersaufbau des Krankenbestandes der hiesigen Anstalt seit dem Jahre 1891 im wesentlichen stets der gleiche.

Wie sich das Verhältnis der Gestorbenen zu der Zahl der lebenden Kranken in jeder Altersklasse gestaltet, wenn man einen durchschnittlichen Gesamtbestand von alljährlich etwa 720 Kranken zugrunde legt und aus der Gesamtsumme der von 1891 bis Ende 1911 gestorbenen das Jahresmittel berechnet, ergibt sich aus Tabelle IV.

Tabelle IV: Verhältnis der in jeder Altersklasse Gestorbenen zu der Zahl der Lebenden jeder Altersklasse.

Altersgruppe	Lebende	Gestorbene	Prozentverhältnisse d. Gestorb. zu den Lebenden
5—10 Jahre	10 = 1,3 %	0,23	2,3 %
10—15 „	55 = 7,6 %	1,28	2,3 %
15—20 „	74 = 10,0 %	2,00	2,7 %
20—30 „	179 = 24,8 %	5,80	3,2 %
30—40 „	190 = 26,3 %	6,76	3,5 %
40—50 „	133 = 18,4 %	4,76	3,5 %
50—60 „	64 = 8,8 %	2,61	4,0 %
60—70 „	12 = 1,6 %	1,61	13,4 %
über 70 „	3 = 0,4 %	0,47	15,6 %



Hieraus ist der maßgebende Einfluß, den das Alter auf die Sterblichkeit der Epileptiker ausübt, ohne weiteres zu erkennen; zugleich aber bestätigt sich, was die Mortalitätstatistiken überhaupt lehren, daß die Sterblichkeit bei gleicher tatsächlicher Lebensbedrohung mit zunehmendem Alter wächst. Sicherlich geben die vielen üblen und nicht selten mit Lebensgefahr verbundenen Zufälle, denen die Epileptiker — besonders die häufiger von Krampfanfällen heimgesuchten — durch ihre Krankheit ausgesetzt sind, ganz allgemein betrachtet zu einer Verkürzung der Lebensdauer nicht allzu selten Anlaß; aber daß bestimmte Alterstufen lediglich durch das epileptische Leiden stärker gefährdet wären, geht aus den hier gewonnenen statistischen Erhebungen nicht einwandfrei hervor; die Mortalität innerhalb der einzelnen Altersgruppen erweist sich wohl etwas größer als in der Gesamtbevölkerung, ist aber keineswegs so erheblich gesteigert, daß man zuverlässigere Schlüsse auf das Maß der durchschnittlich eintretenden Lebensverkürzung zu ziehen vermöchte. Offenbar kommt es hierbei nicht nur auf die Schwere des einzelnen Krankheitfalles an, insbesondere auf die Häufigkeit, die besondere Form und die sonstigen Begleiterscheinungen der Krampfanfälle, sondern auch auf eine große Reihe einflußreicher Faktoren, die sich einer allgemeinen statistischen Verwertung schwer zugänglich erweisen, z. B. auf die körperliche Konstitution, auf etwa sonst noch vorhandene lebensgefährliche Krankheitzustände, auf das Milieu, in dem die Kranken während der Dauer ihres Leidens leben usw.

Wenn man bedenkt, wie häufig die Epileptiker durch ihre Anfälle und die damit einhergehenden psychischen Alterationen in schwere Gefahr geraten können, wie häufig sie ernsten Verunglückungen und bedenklichen Verletzungen ausgesetzt sind, dann muß man sich eigentlich wundern, daß der Prozentsatz der Todesfälle in der Anstalt kein höherer ist. Nach den hier geführten Listen kommen alljährlich im Durchschnitt etwa 3000—4000 körperliche Erkrankungen unter den Verpflegten vor, das sind bei dem angenommenen Durchschnittsbestande von alljährlich 720 epileptischen Kranken gegen 4—6 Erkrankungen auf die Person. Dabei sind die m. und w. Kranken in annähernd gleich hohem Maße betroffen, doch so, daß ein Teil — schätzungweise etwa $^1/_5$ bis $^1/_7$ — stets ganz frei blieb von bemerkenswerten körperlichen Erkrankungen, während namentlich von den



wegen chirurgischer Affektionen in Behandlung getretenen Kranken sich viele wiederholt im Paroxysmus durch Fall nach derselben Seite und auf dieselben Körperteile die gleichen Verletzungen zugezogen hatten. Nur 25,5 Kranke gingen im Durchschnitt alljährlich mit Tod ab, also nur 0,7% der von akzessorischen Krankheiten befallenen Verpflegten. Gegen 50% der sämtlichen Erkrankungen entfielen dabei auf chirurgische Affektionen, etwa 7—10% auf akzessorische Gehirnerkrankungen wie Status epilepticus usw., der Rest auf ansteckende Krankheiten, auf Erkrankungen des Verdauungsapparates der Atmungsorgane, der Haut, des Herzens und der Gefäße, der Nerven, Muskeln, Ohren, Augen, Harn- und Geschlechtsorgane usw. Handelte es sich bei den chirurgischen Erkrankungen auch oft nur um relativ harmlose Ereignisse wie Erosionen, Exkoriationen, Kontusionen, Furunkel, Abszesse, leichte Verwundungen, Zahnaffektionen und dergleichen mehr, so kamen nicht allzu selten doch auch bedenklichere Verletzungen im Paroxysmus vor, z. B. Verbrennungen, Distorsionen, Verrenkungen, Knochenbrüche, tiefe, klaffende Hautwunden, Gefäßläsionen usw. Dazu gesellen sich noch die Gefahren einer Erstickung im Anfall, sowie die aus anderen schweren Zuständen sich ergebenden Lebensbedrohungen. Immerhin ist der Eintritt lebensgefährlicher Zustände im Anschluß an Anfälle keineswegs so häufig, wie man in Anbetracht der Häufigkeit und Schwere der Paroxysmen bei der überwiegenden Mehrzahl unserer Kranken und in Berücksichtigung des Umstandes, daß nur ein relativ beschränkter Prozentsatz unserer Kranken vor Eintritt des eigentlichen Krampfanfalles eine ausgesprochene Aura zeigt, von vornherein anzunehmen geneigt ist, eine Wahrnehmung, die auch in der dankenswerten Arbeit von *H. Fischer* über die chirurgischen Ereignisse in den Anfällen der genuinen Epilepsie aus der Anstalt Wuhlgarten ihre Bestätigung findet.

Man wird kaum fehlgehen, wenn man diese überraschend günstigen Ergebnisse zu einem wesentlichen Teil der eingetretenen Anstaltbehandlung und -pflege zugute schreibt. Nach den üblen Erfahrungen zu schließen, die man nicht selten mit beurlaubten Kranken macht, ist es mehr als wahrscheinlich, daß die Epileptiker, solange sie unter vielfach recht zweifelhaften hygienisch-sozialen Verhältnissen in der Außenwelt oder in der Familie zubringen, weitaus häufiger Lebens-



gefährdungen ausgesetzt sind als unter den — nach den obigen Darlegungen darf man wohl sagen — schützenden und konservierenden Verhältnissen innerhalb einer Anstalt, wo sie an Exzessen aller Art gehindert werden und unter den Segnungen einer sachgemäßen und geordneten Pflege und Behandlung, sowie einer steten sorgsamen Überwachung durch ein geschultes Personal in erhöhtem Maße Schutz vor Insulten und Unglücksfällen finden. Es entzieht sich einer genaueren statistischen Feststellung, wie hoch sich etwa das Perzent der Fälle beläuft, die draußen einem im Anfall sich ergebenden üblen Zufalle erliegen; denn da man es bei den von Angehörigen erhaltenen Auskünften über die Ursache des Todes in der Regel mit Laiendiagnosen zu tun hat, ist denselben eine allzu große Bedeutung nicht beizumessen; es ist indessen ohne weiteres klar, daß Selbstmorde, lebensgefährliche Verletzungen, Todesfälle durch Erstickung, Verbrennung oder Ertrinken sich in der Außenwelt leichter ereignen können als unter dem wohltätigen Schutze des Anstaltlebens. Dennoch würde eine genauere Ermittlung mutmaßlich auch für die Außenwelt keine allzu beträchtliche Zahl von durch Zufall erfolgten Todesfällen ergeben.

Vielleicht trägt diese an sich nur geringe Gefährdung des Lebens der Epileptiker einen Teil der Schuld mit daran, daß das Publikum zumeist erst unverhältnismäßig spät von der gebotenen Hilfe Gebrauch zu machen pflegt; zum Teil freilich wirken ohne Zweifel auch andere Faktoren mit, etwa eine unbegreifliche, oft nur schwer zu überwindende Scheu vor der Unterbringung in einer Anstalt und vor damit verknüpften Unbequemlichkeiten und Mehrausgaben, ganz besonders aber gewiß auch die Tatsache, daß das epileptische Leiden nicht selten erst allmählich mit dem Eintritt ins Pubertätsalter oder unter dem Einfluß ungünstiger äußerer Momente eine solche Verschlimmerung erfährt, daß die Kranken in stetig zunehmendem Maße lästig und unerträglich für ihre Umgebung werden. Jedenfalls haben die Kranken meist schon seit geraumer Zeit an Epilepsie in der schwersten Form gelitten und bereits erstaunlich lange unter vielfach recht traurigen Verhältnissen in der Außenwelt zugebracht, bevor überhaupt daran gedacht wurde, sie in angemessene Anstaltpflege zu verbringen. Nach den Beobachtungen in der hiesigen Anstalt gelangte die Epilepsie in mindestens 80—85 % aller Fälle bereits in der Kindheit oder längstens bis zum 20. Lebensjahre in vollausgebildeter Form zum Vorschein, ein Ergebnis, wie es übereinstimmend in allen statistischen Erhebungen über den Zeitpunkt des Beginns der Epilepsie gewonnen wird (vgl. die Ziffern und Tabellen in den einschlägigen Abhandlungen von *Köhler*, *Binswanger* usw.); aber erst zwischen dem 20. bis 40. Lebensjahre, oft erst nach bereits 5—30 jährigem Bestehen der

Epilepsie erfolgt in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Zuführung in die Anstalt; nur in einer verschwindend kleinen Zahl der Fälle — höchstens in etwa 7—10% der Gesamtsumme der Aufnahmen — geschieht die Unterbringung schon innerhalb der ersten 2 Jahre nach Ausbruch der Krankheit.

Wenn aber die Lebensgefahr für die Epileptiker nach den Ergebnissen der voranstehenden Erörterungen an sich gewiß auch nicht allzu groß ist, so ist es doch von nicht geringem praktischen Interesse, festzustellen, woran die Epileptiker selbst unter den schützenden und konservierenden Einflüssen eines geordneten Anstaltlebens eigentlich zugrunde gehen. Zu diesem Zwecke sind in erster Linie die Todesursachen und die aus den klinischen Beobachtungen und insbesondere aus den Sektionsprotokollen sich ergebenden bemerkenswerten Befunde näher ins Auge zu fassen. Zuvor aber mögen zur besseren Orientierung noch einige klinisch-ätiologische Ermittlungen hier Erwähnung finden.

Die von 1891 bis April 1912 hier verstorbenen 547 Kranken galten bei der Aufnahme durchweg als Epileptiker. Nach den Ergebnissen der vorgenommenen Untersuchungen und nach den klinisch hervorgetretenen Krankheiterscheinungen wurde diese Diagnose auch in 541 Fällen bis zum Tode aufrecht erhalten. 3 m. und 3 w. Verpflegte wurden indessen schon bei Lebzeiten als an Dementia paralytica erkrankt erkannt, und da die bei der Sektion erhobenen Gehirnbefunde die Diagnose zu bestätigen schienen, wurden sie hier nicht weiter berücksichtigt. Alle übrigen Fälle dagegen fanden Verwendung. Die nachfolgende Übersicht fußt also auf einem 335 m. und 206 w. epileptische Kranke umfassenden Materiale, das innerhalb der Zeit vom 1. Januar 1891 bis zum 30. April 1912 in der hiesigen Anstalt mit Tod abging.

Alle diese Kranken wurden bei Lebzeiten und während der Dauer ihres Aufenthalts in der hiesigen Anstalt trotz ausgiebigster fortlaufender Behandlung mit den gebräuchlichen antiepileptischen Mitteln im Durchschnitt zumeist noch ziemlich häufig — nur in ganz wenigen Fällen unter 50 mal im Jahre, in der Regel weitaus häufiger — von typischen allgemeinen Krampfanfällen in wechselnden Zwischenräumen heimgesucht. Kaum einer der Kranken war freigeblieben von Veränderungen auf psychischem Gebiete; die überwiegende Mehrzahl bot neben den in wechselnder Stärke und Häufigkeit wiederkehrenden Krampfanfällen und im Zusammenhange damit auftretenden Bewußtseinsstörungen Zustände an-



geborenen oder erworbenen Schwachsinns dar, viele zeigten auch in den anfallfrei verlaufenden Zwischenzeiten psychotische Zustände schwererer Art, fast alle ließen die typische epileptische Charakterentartung erkennen und waren häufigen inneren Aufregungen, jähen exzessiven Stimmungschwankungen, plötzlichen expansiven Neigungen und impulsiven Handlungen unterworfen. In einem Teil der Fälle waren auch Residuen einer früheren zerebralen Kinderlähmung und andere auf anatomische Läsionen des Zentralnervensystems hindeutende Krankheiterscheinungen vorhanden; stets aber handelte es sich bei allen ad exitum gekommenen Krankheitfällen um allgemeine tonisch-klonische Muskelkrämpfe von typischepileptischem Gepräge, und wenn auch fast jeder Fall durch Besonderheiten des klinischen Verlaufs sich auszeichnete und mehr oder minder konstant auftretende Begleitsymptome zuweilen auf eine organische Ursache der Krampfanfälle hinzudeuten schienen, so entsprach das klinische Krankheitbild in seinen wesentlichsten Zügen doch stets dem der echten genuinen Epilepsie; anatomische Gehirndiagnosen ließen sich auf Grund der klinisch hervorgetretenen Krankheiterscheinungen bei Lebzeiten wohl kaum in einem einzigen Falle auch nur mit einem größeren Maße von Wahrscheinlichkeit stellen.

Über die Ursache der Epilepsie war aus der Vorgeschichte nur selten absolut Zuverlässiges in Erfahrung zu bringen Zwar fehlt es in den Krankengeschichten nicht an Angaben über die mutmaßliche Ursache der Epilepsie; wenn man aber kritisch zu Werke geht, wird man sich keiner Täuschung darüber hingeben dürfen, daß man in der überwiegenden Mehrzahl aller Fälle trotz solcher Angaben über die eigentliche Ursache der Epilepsie völlig im unklaren bleibt.

Allgemein wird der erblichen neuropathischen Anlage, wie sie so häufig bei Nachkommen von Geisteskranken, Epileptischen, Hysterischen, Psychopathen, Verbrechern, Selbstmördern und Trinkern vorzukommen scheint, wohl mit Recht eine große Rolle bei Entstehung der Epilepsie zugeschrieben. Aber der sichere Nachweis einer hereditären bzw. familialen psychopathischen Belastung begegnet nicht selten unüberwindlichen Schwierigkeiten. Oft wird eine hereditäre oder individuelle Belastung ganz in Abrede gestellt, weil man sie als ein Stigma, als einen Makel für die ganze Familie ansieht; in anderen Fällen wieder wird sie nur vorausgesetzt oder stützt sich beispielweise etwa auf die kurze Behauptung, daß der Vater dem Trunke ergeben gewesen sei, während nähere Angaben darüber fehlen, ob diese Trunksucht nicht etwa erst nach Erzeugung des kranken Abkömmlings ihren Anfang genommen hatte. So wird man allen statistischen Angaben über die angenommene Ursache des Leidens nur mit großem Skeptizismus gegenübertreten können, ganz besonders auch in den zahlreichen Fällen, wo neben oder statt der erblichen bzw. familialen Belastung allen möglichen anderen Dingen teils absichtlich,



teils unabsichtlich die Schuld an der Erkrankung aufgebürdet wird. Ist es schon schwer, die Wirkung einer in der Aszendenz oder vielleicht gar nur in der kollateralen Verwandtschaft vorgekommenen Psychose oder Neurose auf die vorliegende Erkrankung einwandfrei festzustellen, so ist es fast unmöglich, den Anteil zu ermitteln, den etwa eine bei der Geburt aufgetretene Asphyxie oder die Dentition, eine infektiöse Kinderkrankheit, ein Schreck, ein Unfall oder eine Verletzung, die Pubertätsentwicklung, angeborene oder erworbene Syphilis, individueller Alkoholismus oder eine sonstige körperliche Schädigung auf den Ausbruch oder die weitere Ausgestaltung des epileptischen Leidens gehabt hat. Die Möglichkeit, daß einigen der letzterwähnten Faktoren, namentlich auf dem Boden der erblichen Anlage, ein Einfluß, wennschon vielleicht nur ein ganz beiläufiger und sekundärer, auf die Entwicklung der Epilepsie einzuräumen sei, mag zugegeben werden; oft aber dürfte solchen Äußerungen nur der zweifelhafte Wert einer Laienhypothese zukommen, oder es liegt ihnen ein Erinnerungsfehler, ein Irrtum, eine Verlegenheitsangabe oder eine offensichtige Verwechslung von Ursache und Wirkung zugrunde, indem irgendein früher einmal vorgekommener Unfall oder eine sonstige somatische oder psychische Schädigung mit Findigkeit hervorgesucht und dann kurzerhand als Ursache in Anspruch genommen wird, obwohl die Epilepsie nachweislich vielleicht schon mehrere Jahre vorher zum Ausbruch gelangt war; jedenfalls scheint es dringend geboten, insbesondere der häufig wiederkehrenden Angabe mit Mißtrauen zu begegnen, daß die Epilepsie lediglich als die Folge eines Schrecks, einer heftigen Gemütsbewegung, eines erlittenen Unfalls usw. anzusehen sei.

Nach diesen Hinweisen auf das Erfordernis vorsichtiger Verwertung aller diesbezüglichen statistischen Feststellungen sei nur kurz angeführt, daß bei den verstorbenen epileptischen Kranken eine erbliche, bzw. familiale Belastung im üblichen Sinne in 214 Fällen = 39,5% erwähnt wird, und zwar bei m. Kranken 128 mal = 38,2%, bei w. Kranken 86 mal = 41,7%. Teils in Verbindung damit, teils aber auch ohne Geltendmachung des Faktors der erblichen Belastung bzw. der angeborenen Anlage wird ein maßgebender Einfluß auf die Entwicklung des epileptischen Leidens zugeschrieben psychischen Einwirkungen bei 68=20,2% m. und 53=25,7% w., insgesamt also bei 121=22,3% Kranken, während somatische Ursachen bei 54=16,1% m. und 31=15,0% w., insgesamt also bei 85=15,7% Kranken angenommen und bei 22=6,5% m. und 12=5,8% w., insgesamt also bei 34=6,2% Kranken psychische und somatische Einwirkungen zugleich geltend gemacht werden. Unter den psychischen Ursachen findet ein plötzlicher Schreck bei weitem am häufigsten



Erwähnung, unter den somatischen Ursachen wird außer Traumen und Verletzungen, die den Schädel direkt trafen, auch allen möglichen anderen Unfällen und Erkrankungen eine verhängnisvolle Wirkung beigemessen, so u. a. der zerebralen Kinderlähmung, den verschiedenen infektiösen Kinderkrankheiten, den etwa eingetretenen Geburtstörungen, der Dentition, der Pubertätsentwicklung, sogar der zweiten Impfung. Individuelle Alkoholintoxikation wird als ätiologischer Faktor bei 15=4,4% m. und 3=1,4% w., insgesamt also bei 18=3,3% Kranken angeführt; sie spielte unter den hier zur Aufnahme gelangten Kranken bei Entwicklung der Epilepsie auch sonst keine so gewichtige Rolle, wie es nach den statistischen Ermittelungen in anderen Ländern der Fall ist. Auch Syphilis wird als krankheitauslösendes Moment im ganzen nur 4 mal (= 0,7%) erwähnt, und zwar bei je 2 m. und w. Kranken. Keine der vorerwähnten Krankheitursachen wird namhaft gemacht bei 96=28,6% m. und 60=29,1% w., insgesamt bei 156=28,8% der verstorbenen Kranken.

Über die Zeit des Eintritts der Epilepsie bei den verstorbenen 541 Kranken gibt Tabelle V Aufschluß.

Tabelle V: Alter der Verstorbenen beim Auftreten der Epilepsie.

Die Epilepsie trat auf	bei männlichen Kranken	bei weiblichen Kranken	insgesamt bei
im 1.—10. Jahre	133 = 39,7 %	79 = 38,3 %	212 = 39,1 %
„ 10.—15. „	79 = 23,5 %	55 = 26,6 %	134 = 24,7 %
„ 15.—20. „	65 = 19,4 %	40 = 19,4 %	105 = 19,4 %
„ 20.—30. „	26 = 7,7 %	18 = 8,7 %	44 = 8,1 %
„ 30.—40. „	17 = 5,0 %	10 = 4,8 %	27 = 4,9 %
nach dem 40. „	15 = 4,4 %	4 = 1,9 %	19 = 3,5 %

Darnach waren bis längstens zum Eintritt ins 20. Lebensjahr an Epilepsie erkrankt 277 = 82,6 % m. und 174 = 84,4 % w., insgesamt 451 = 83,3 % Kranke; nach dem 20. Lebensjahre erkrankten 58 = 17,3 % m. und 32 = 15,5 % w., insgesamt 90 = 16,6 % Kranke, nach dem 30. Lebensjahre nur noch 32 = 9,5 % m. und 14 = 6.7 % w., insgesamt 46 = 8.5 % Kranke.

Es bestätigt sich somit auch für die hier verstorbenen Epileptiker die allgemein gemachte Erfahrung, daß die Epilepsie in der weitaus



überwiegenden Mehrzahl aller Fälle eine Erkrankung des jugendlichen Alters darstellt.

Es wurde aber bereits erwähnt, daß die Zuführung der Kranken in die Anstalt höchstens in etwa 7—10% der Fälle schon innerhalb der ersten 2 Jahre nach Ausbruch der Epilepsie erfolgt. Auch die verstorbenen Kranken gelangten zumeist erst zwischen dem 20. bis 40. Lebensjahre zur Unterbringung, nachdem die Epilepsie bereits 5—30 Jahre bestanden hatte. Berücksichtigt man, daß die Form der Epilepsie bei allen ad exitum gekommenen Fällen ausnahmlos eine sehr schwere war, und daß ein nicht geringer Teil dieser Kranken in durchaus verwahrlostem oder in körperlich und geistig ganz heruntergekommenem Zustande zugeführt zu werden pflegt, so wird man sich wundern müssen, daß sie vielfach überhaupt noch so lange unter den zweifelhaftesten hygienisch-sozialen Verhältnissen in der Außenwelt fortvegetieren konnten, man wird aber andererseits auch nicht erstaunt sein dürfen zu hören, daß gegen 11% der verstorbenen Kranken bereits im ersten Jahre ihres Aufenthaltes in der Anstalt mit Tod abgingen. Genaueren Aufschluß über die Dauer des Anstaltaufenthaltes der verstorbenen Kranken gewährt Tabelle VI.

Tabelle VI: Dauer des Aufenthaltes der Verstorbenen in der Anstalt.

Es verweilten in der Anstalt	männliche Kranke	weibliche Kranke	insgesamt
unter 1 Jahr	40 = 11,9 %	21 = 10,1 %	61 = 11,2 %
1— 2 Jahre	13 = 3,8 %	14 = 6,7 %	27 = 4,9 %
2— 5 „	72 = 21,4 %	61 = 29,6 %	133 = 24,5 %
5—10 „	86 = 25,6 %	48 = 23,3 %	134 = 24,7 %
10—15 „	66 = 19,7 %	36 = 17,4 %	102 = 18,8 %
15—20 „	41 = 12,2 %	14 = 6,7 %	55 = 10,1 %
über 20 „	17 = 5,0 %	12 = 5,8 %	29 = 5,3 %
insgesamt	335	206	541

Darnach verweilten insgesamt 320 Verstorbene = 59,1 % über 5 Jahre in der Anstalt, über 10 Jahre aber immerhin noch 186 = 34,3 % Personen, ein Prozentverhältnis, das den Ermittelungen von *Köhler* gegenüber — speziell für die letzterwähnte Gruppe — als ausnehmend günstig bezeichnet werden muß und daher mit noch größerem Rechte den Schluß zu ziehen erlaubt, daß dem geordneten Anstaltleben im allgemeinen ein schützender und konservierender Einfluß beizumessen ist



Bevor nun in eine Erörterung der Todesursachen eingetreten werden kann, bedarf es noch einer kurzen Verständigung darüber, nach welchen Gesichtspunkten deren Bezeichnung hier erfolgt ist. Da es in erster Linie galt festzustellen, in wievielen Fällen der Tod als Folge der Epilepsie selbst zu betrachten sei, bzw. in wievielen Fällen sich ein Zusammenhang zwischen dem tödlich verlaufenen Ereignisse und der Epilepsie nachweisen ließe, so durfte aus den zur Verfügung stehenden Sektionsprotokollen nicht einfach irgendein bemerkenswerter pathologisch-anatomischer Befund oder etwa gar nur eine letale Erscheinung bzw. eine chronische, an sich aber nicht als todbringend zu betrachtende Organveränderung herausgegriffen werden, es kam vielmehr noch wesentlich auf Berücksichtigung der jeweilig hervorgetretenen klinischen Krankheitbilder und darauf an, ob dieser tödlich verlaufene Krankheitprozeß eine nähere oder entferntere Beziehung zu vorausgegangenen epileptischen Zuständen erkennen ließe oder als ein mehr oder minder zufällig zustande gekommenes Ereignis aufzufassen sei. Eine Herzlähmung, ein Gehirn-, ein Lungenödem, eine Hyperämie, eine hypostatische, eine Schluckpneumonie, eine Lungengangrän usw. kann unter den verschiedensten Umständen eintreten, ohne daß ein Zusammenhang mit dem epileptischen Leiden bestanden zu haben brauchte, während in anderen Fällen wieder solche Zustände im unmittelbaren Anschluß an einen einzigen schweren Krampfanfall oder an eine Häufung von Paroxysmen zur Entwicklung gelangt sein können oder einem dabei eingetretenen besonderen Ereignisse ihre Entstehung verdanken, das sich aber nach Lage der Dinge eben nicht verhüten ließ und deshalb auch mit auf das Konto des epileptischen Leidens zu setzen ist. Erst nach Feststellung des Anteils, den das epileptische Leiden selbst an den eingetretenen Todesfällen hat, konnte weiter zu ermitteln versucht werden, welche Krankheitprozesse in Wirklichkeit den tödlichen Ausgang herbeigeführt haben, und welche bemerkenswerten Befunde die Sektion sonst etwa noch ergab.

Auch in der Literatur wird in dieser Beziehung zumeist mit großer Willkür verfahren; die in einschlägigen Abhandlungen enthaltenen Angaben lassen sich daher vielfach nur mit Vorbehalt benutzen. Im übrigen ist die literarische Ausbeute an genaueren statistischen Erhebungen über die Todesursachen der Epileptiker überhaupt

keine allzureiche; die Mehrzahl der Autoren beschränkt sich auf einige kurze, ganz allgemein gehaltene Bemerkungen, aus denen sichere Anhaltpunkte für die Häufigkeit der einzelnen Todesursachen namentlich auch im Hinblick auf die Kleinheit des herangezogenen Materials nur selten zu gewinnen sind. Alle Autoren sind sich aber darüber einig, daß das epileptische Leiden als solches hohe Gefahren für das Leben in sich birgt, teils durch die Krampfanfälle selbst, teils durch die damit einhergehenden Bewußtseinstrübungen und sonstige psychopathische Zustände, teils durch allerhand unberechenbare Nebenumstände.

Die Kasuistik ist reich an Mitteilungen über tödlich verlaufene Ereignisse, die sich mehr zufällig während des Anfalls oder während des Bestehens einer Bewußtseinstrübung oder eines sonstigen psychotischen Zustandes zutrugen. Sie berichtet über plötzliche Todesfälle, die dadurch zustande kamen, daß Kranke im Bade von einem Paroxysmus überrascht wurden oder bei einem solchen ins Wasser oder ins Feuer oder gegen heiße Gegenstände fielen und so ertranken bzw. verbrannten; sie berichtet von Erfrierungen, von tödlich wirkenden Verunglückungen und Verletzungen, insbesondere auch von Schädelbrüchen, die Kranke im Paroxysmus erlitten; sie berichtet endlich von Erstickungen, die durch mechanischen Verschluß der Luftwege oder durch Aspiration von Fremdkörpern zustande kamen. Gerade hier ergeben sich ja der üblen Zufälle so viele: der Tod kann eintreten bei nächtlichen Anfällen durch passive Bauchlage, bei Tagesanfällen durch Eindrücken des Gesichts in weichen Boden wie Sand, frisch gepflügte Erde, Torfboden usw., durch traumatisch bedingte Blutkoagula im Bereiche des Mundes und der Nase, zuweilen vielleicht bei Rückenlage auch durch Herabsinken der im komatösen Stadium gelähmten Zunge gegen die Trachea; er kann erfolgen durch Aspiration von gerade im Munde befindlichen Nahrungsmitteln, von erbrochenen Massen, von Blutgerinnseln, Steinen, Gebissen, Pfeifenspitzen, großen Knöpfen, Kautabak u. dgl. m. Finden Todesfälle dieser Art auch vorzugweise während des Verweilens in der Außenwelt statt, so sind sie, wie gelegentliche statistische Angaben in einschlägigen Berichten erkennen lassen, selbst bei sorgsamster und gewissenhaftester Pflege, Abwartung und Überwachung nicht immer ganz zu verhüten. Die offiziellen Mitteilungen aus der Anstalt Wuhlgarten z. B. führen ziemlich häufig Erstickung im Anfall als Todesursache auf, vereinzelt auch tödlich verlaufene sonstige Unglücksfälle der erwähnten Art, insbesondere auch Schädelbrüche. Nach *Bourneville* war unter 255 verstorbenen Epileptischen, über die er im Laufe der Jahre Bericht erstattet hat, bei 14 der Tod auf ein Trauma im Anfall zurückzuführen = 5,5 %. Gehören Todesfälle dieser Art auch gewiß zu bedauerlichen Vorkommnissen, die man bemüht sein



wird nach Kräften einzuschränken, so lassen sie sich nach Lage der Dinge doch nicht immer sicher verhüten; man muß also mit ihrem Eintritt auch in der Anstalt rechnen und wird sie daher mit auf das Konto des epileptischen Leidens setzen müssen.

Das gleiche ist der Fall mit Selbstmorden. Bei der Neigung vieler Epileptiker zu impulsiven Handlungen und den häufig bei ihnen auftretenden Bewußtseinstrübungen und depressiven Stimmungen sind Selbstmordversuche kein allzu seltenes Vorkommnis. Man wird trotz aller Vorsichtsmaßregeln gelegentlich auch in den Anstalten geglückte Selbstmordfälle zu beklagen haben, wie es sich mannigfach auch aus der Literatur durch Beispiele belegen ließe.

Sehr viel seltener führt jedoch der einzelne Paroxysmus als solcher zum Tode; das betonen übereinstimmend ***Binswanger***, ***Féré***, ***Gowers***, ***Oppenheim*** u. a. Indessen lassen sich auch hierfür aus neueren Publikationen einwandfreie Beispiele anführen: der Tod kann ohne eintretende schwere Verletzungen und anderweitige unberechenbare Nebenumstände im tonischen wie im klonischen Stadium des Krampfanfalles erfolgen, teils durch Asphyxie infolge des gewaltsamen Spasmus des respiratorischen Muskelapparates resp. durch Herzruptur (***Short***, ***Lunier***), teils durch Herzstillstand (***Magnan***, ***Gowers***) resp. durch hochgradige nervöse Erschöpfung (***Féré***), vielleicht zuweilen auch infolge Lähmung des Atmungszentrums. Wo grobe anatomische Veränderungen des Gehirns und seiner Häute oder der Gefäße bestehen, steht der plötzliche tödliche Ausgang meist in engem Zusammenhange mit dem anatomischen Grundleiden; so mutmaßlich wohl auch in dem von ***Babinski*** geschilderten Falle, wo ein Syphilitiker an einer subarachnoidealen Blutung infolge eines Anfalls zugrunde ging (vgl. ***Féré***, ***Binswanger***). Auch nach starken Trinkexzessen und hierdurch ausgelösten epileptischen Insulten tritt, wie ***Binswanger*** angibt, nicht selten plötzlich der Tod ein, noch häufiger aber bei ausgeprägtem Delirium tremens, wenn dasselbe mit epileptischen Konvulsionen einhergeht (***Handfield Jones***). Die Leichenuntersuchung führt bei solchen plötzlichen Todesfällen im Paroxysmus indessen nur selten zu positiven Ergebnissen und liefert in der Regel nur Befunde, wie sie auch sonst nicht allzu selten erhoben werden. Statistische Angaben über die Häufigkeit solcher Ereignisse lassen sich aus der Literatur im übrigen nicht machen; sie florieren hier nur als Kuriosa.

Anders liegen die Verhältnisse bei plötzlich in großer Häufung sich einstellenden Anfällen, d. h. bei Entwicklung des sogenannten Status epilepticus und namentlich bei Entstehung eines komatösen Zustandes. Wodurch solche Zustände zur Auslösung gelangen, ist bis jetzt noch immer eine vielumstrittene Frage. Wohl ist es gelungen, durch Fernhaltung aller „seelischen und körperlichen Reizpotenzen", durch aufmerksamste Pflege und Beobachtung der Kranken, besonders der Siechen und Elenden unter den Epileptikern, durch sofort einsetzende sachgemäße Behandlung

der Gefährdeten mit den gebräuchlichen hygienisch-diätetisc en und medikamentösen Hilfsmitteln die Entstehung schwerer Formen von Status epilepticus einzuschränken; aber alle Fälle lassen sich eben nicht auf zu vermeidende Schädlichkeiten zurückführen; manche Kranken neigen zum Status epilepticus, andere werden trotz aller schädlichen Einflüsse nie von einem solchen befallen, ohne daß es gelänge, die Gründe aufzudecken. Vielfach geht ihm ein schwerer psychischer Erregungszustand voraus. In einem Teil der Fälle aber kommt es, ohne daß Krampfanfälle zur Auslösung gelangten und eine besondere Schädlichkeit vorausgegangen wäre, zu zunehmender Benommenheit, die allmählich zu völliger Bewußtlosigkeit fortschreitet, und gerade diese Zustände von Coma erweisen sich therapeutischen Einwirkungen am schwersten zugänglich und verlaufen nach den hier gewonnenen Erfahrungen fast immer tödlich. Über die Häufigkeit des Eintritts solcher Zustände unter den Anstaltinsassen lassen sich schwer zuverlässige Angaben machen; allzu häufig scheinen sie sich jedenfalls nicht einzustellen. Aber *Wildermuth* und *Oppenheim* sehen gewiß zu schwarz wenn sie meinen, daß etwa die Hälfte der von einem Status epilepticus Befallenen zugrunde geht. Immerhin gehört ein Status epilepticus trotz aller mehr oder minder erfolgreich angewandten therapeutischen Hilfsmittel, wie wohl alle Autoren anerkennen, noch immer zu den gefährlichsten Vorkommnissen, namentlich dann, wenn ein Koma zur Entwicklung gelangt, mögen nun schwere Störungen des Stoffwechsels oder Intoxikationszustände oder sonstige Schädigungen das auslösende Moment abgeben, und *Clark* und *Prout* dürften den Tatsachen jedenfalls nahe kommen, wenn sie die infolge von Status epilepticus eintretenden Todesfälle auf etwa 25 % taxieren. Wenn *Worcester* unter 70 gestorbenen Epileptischen 45 mal Tod infolge von Anfällen konstatierte und nach *Heimann* in den preußischen Irrenanstalten während des Zeitraumes von 1876 bis 1897 18,5 % an den Folgen eines epileptischen Anfalles starben, so bleibt es zwar zweifelhaft, um welche Ereignisse es sich dabei im einzelnen gehandelt hat, man wird aber kaum fehlgehen mit der Annahme, daß hierbei besonders auch Status epilepticus eine sehr ins Gewicht fallende Rolle spielte. Die Angabe *Köhler*s, daß unter 145 in der Anstalt Hubertusburg verstorbenen Epileptikern in 61,6 % ein „Hirninsult“ vorgelegen habe, bezieht sich auf alle möglichen Zustände, auf frisch hervorgerufene Läsionen, wie auf ältere Gehirnleiden und einfache letale Befunde wie Hyperämie und Ödem; Status epilepticus findet sich in seiner Tabelle 20 mal = 14 % als Todesursache angeführt. Nach den Mitteilungen *Brehm*s aus der Anstalt Burghölzli ereigneten sich innerhalb 17 Jahren unter 111 behandelten Epileptikern 14 Todesfälle, davon 1 durch Fractura cranii, 2 durch Erstickung, 7 durch Kollaps im Status epilepticus bei Hirnerschöpfung. Unter den von *Buzzard* zusammengestellten 38 Todesfällen standen 12 mit dem epileptischen Leiden in Zusammenhang; 7 mal lag Status epilepticus vor. Nach *Haber-*



maas gingen von den innerhalb der Anstalt Stetten Gestorbenen 47,6% an Status epilepticus zugrunde, von den außerhalb Gestorbenen 59%; nach *Ganter* erlagen in Saargemünd von 87 zwischen 1880 bis 1904 gestorbenen Epileptikern 26 = 29,8% einem Status epilepticus, und auch aus den Berichten über die Todesfälle in der Anstalt Wuhlgarten ließe sich ein ziemlich hoher Prozentsatz von Todesfällen infolge von Status epilepticus herausrechnen. Jedenfalls ergibt sich aus alledem, daß unbeschadet der guten Erfolge, die man vielfach mit rechtzeitiger sachgemäßer Anwendung von Amylen- oder Choralhydrat usw. erzielt, die Anzahl der Todesfälle an Status epilepticus überall noch immer eine recht erhebliche zu sein scheint.

Nicht unerwähnt bleibe schließlich, daß nach *Féré* die Epileptiker leicht akuten Krankheiten erliegen und oft von Phthise befallen werden. Er hält es für möglich, daß die Epilepsie durch die zirkulatorischen, respiratorischen und nutritiven Störungen, vielleicht im Bunde mit der bestehenden kongenitalen Inferiorität, eine Disposition zur Phthise schafft, und daß die den nervösen Entladungen folgenden Alterationen des Blutes die Empfänglichkeit des Organismus für Krankheiten steigern. Auch über tödlich verlaufene Kopf- und Gesichtsrosen — sie kommen in der Regel traumatisch zustande — wird in der Kasuistik wiederholt berichtet (vgl. *Fischer* und *Brehm*).

Wenden wir uns nach dieser allgemeinen Umschau den in der hiesigen Anstalt gewonnenen Ergebnissen zu, so sei zuvor noch folgendes bemerkt: Die Todesursachen waren nicht lediglich aus den erhobenen Sektionsbefunden zu ermitteln, es bedurfte zugleich einer genauen Berücksichtigung der klinischen Beobachtungen und Feststellungen. Sektionsberichte standen von 533 epileptischen Kranken zur Verfügung; bei den fehlenden 6 m. und 2 w. Kranken, die einer Obduktion nicht unterworfen worden waren, boten sich zu Rückschlüssen wenigstens in den vorhandenen Krankenjournalen ausreichende Anhaltpunkte dar. Schwierigkeiten ergaben sich nur da, wo sich mit an sich schon lebensgefährlichen Krankheitprozessen noch andere nicht minder bedenkliche Krankheitzustände kombinierten. Von manchen Befunden war es natürlich ohne weiteres klar, daß sie keine Beziehung zu der tödlich verlaufenen Grundkrankheit aufwiesen, daß sie mehr sekundär zur Entwicklung gelangte Organveränderungen oder Residuen früherer Krankheiten u. dgl. m. darstellten, so etwa der Befund eines akuten Magendarmkatarrhs, einer chronischen Leptomeningitis, eines alten Erweichungsherdes im Gehirn, eines Niereninfarktes usw. Wenn sich dagegen neben



einer ausgebreiteteren Lungenaffektion eine schwere Herzstörung oder neben einem Erysipel eine akute Meningitis, ein Lungenödem, eine septische Allgemeinerkrankung u. ä. m. vorfanden, so konnten Zweifel entstehen, welcher anatomisch nachweisbare Krankheitprozeß als eigentliche Todesursache in Anspruch zu nehmen sei. In Fällen dieser Art wurde in erster Linie die Grundkrankheit festzustellen versucht und alle erst sekundär zur Entwicklung gelangten Organveränderungen oder sonst noch erhobenen Sektionsbefunde, auch wenn sie an sich vielleicht die eigentliche Todesursache abgegeben hatten, als Nebenbefunde registriert.

Besonderen Schwierigkeiten begegnete diese Methode naturgemäß bei Feststellung der im Anschluß an Anfälle zur Entwicklung gelangten Folgekrankheiten. Hier kamen primär und sekundär am allerhäufigsten lebensgefährliche Lungenaffektionen zustande, verbunden in der Regel mit Herzerschlaffung. Primär gab nicht selten die Aspiration von Schleim und Speichel aus der Mundhöhle resp. die Aspiration im Anfall erbrochener Massen zur Entstehung einer schweren Pneumonie Anlaß; bei etwas längerem Bestehen rief dieselbe dann leicht typische Gangränerscheinungen hervor. Die im Anfall so oft akut einsetzende Herzschwäche andererseits hatte nicht selten hochgradigste Blutstauungen zur Folge, die außer im Gehirn namentlich auch in den Lungen die bedenklichsten Hyperämien und Ödeme bewirkten. Sekundär stellten sich im weiteren Verlaufe dann oft noch mehr oder minder ausgedehnte entzündliche Affektionen in den Lungen ein. Es liegt auf der Hand, daß sich gerade hier für Kombinationen der verschiedensten lebensgefährlichen Krankheitzustände untereinander. besonders reiche Gelegenheit bot; scharfe Grenzen zwischen den einzelnen Krankheitprozessen ließen sich daher gerade hier am schwierigsten ziehen. Wo sich der Unterscheidung der Grundkrankheit von erst sekundär zur Entwicklung gelangten lebensgefährlichen Zuständen unüberwindliche Schwierigkeiten entgegenstellten, wurde dadurch eine gewisse Einheitlichkeit in den Angaben herbeizuführen versucht, daß der klinisch im unmittelbaren Anschluß an die Krampfanfälle am augenfälligsten hervorgetretene Krankheitzustand als Todesursache in Anspruch genommen wurde. War eine scharfe Abgrenzung der tödlich verlaufenen Grundkrankheit gegen die Folgekrankheit oder gegen sonstige konkomittierende Krankheit-



Tabelle VII: Todesursachen der verstorbenen Epileptiker.

Todesursachen	Todesfälle überhaupt				In Zusammenhang mit epileptischen Zuständen aufgetretene Todesfälle			
	M.	W.	Summe	Prozent	M.	W.	Summe	Proz.
Selbstmord	8	3	11	2,0	8	3	11	2,0
Asphyxie	16	8	24	4,4	16	8	24	4,4
Plötzlicher Tod im Anfall	5	5	10	1,8	5	5	10	1,8
Status epilepticus, bez. Coma epilepticum	63	54	117	21,6	63	54	117	21,6
Schädelbrüche	8	3	11	2,0	8	3	11	2,0
Tödliche Folgekrankheiten nach Knochenbrüchen anderer Art	1	2	3	0,6	1	2	3	0,6
Gehirnaffektionen	17	3	20	3,7	12	2	14	2,6
Marasmus	9	5	14	2,6	—	—	—	—
Neoplasmen	5	4	9	1,7	—	—	—	—
Herz- und Gefäßaffektionen	28	18	46	8,5	12	7	19	3,5
Herz- und Gefäßruptur	1	2	3	0,6	1	2	3	0,6
Herzerschlaffung und deren Folgen (Hyperämien und Ödeme)	33	23	56	10,3	33	23	56	10,3
Pneumonia crouposa	7	3	10	1,8	—	—	—	—
Lungengangrän	6	2	8	1,5	6	2	8	1,5
Emphysema pulmonum	4	1	5	0,9	1	—	1	0,2
Tuberkulose	32	15	47	8,6	—	1	1	0,2
Lungenblut., Lungeninfarkt	2	2	4	0,7	1	1	2	0,4
Andere entzündliche Lungenaffektionen	58	26	84	15,5	33	16	49	9,0
Erysipelas faciei	5	4	9	1,7	5	3	8	1,5
Influenza (Pneumonie usw.)	10	5	15	2,8	—	—	—	—
Scharlach	—	1	1	0,2	—	—	—	—
Peliosis rheumatica	—	2	2	0,4	—	—	—	—
Skorbut	1	1	2	0,4	—	—	—	—
Typhus exanthematicus	1	—	1	0,2	—	—	—	—
Septikopyämie	3	1	4	0,7	2	1	3	0,6
Peritonitis purulenta	5	3	8	1,5	2	1	3	0,6
Cholelithiasis	2	—	2	0,4	—	—	—	—
Leberzirrhose	1	1	2	0,4	—	—	—	—
Magendarmblutung	1	1	2	0,4	—	—	—	—
Nephritis	2	6	8	1,5	—	—	—	—
Diabetes mellitus	1	2	3	0,6	—	—	—	—
Summe	335	206	541	100,0	209	134	343	63,4



zustände nach alledem auch nicht immer durchführbar, so wurde möglichste Annäherung an die Wahrheit in den nachfolgenden Angaben doch wenigstens allenthalben erstrebt.

Das so gewonnene Ergebnis aller einschlägigen Ermittlungen findet sich in Tabelle VII zusammengestellt.

Wie diese Übersicht erkennen läßt, führten epileptische Zustände oder deren Folgeerscheinungen in 343 = 63,4 % Fällen den Tod herbei, während sich bei den restierenden 198 = 36,6 % Todesfällen ein Zusammenhang mit dem epileptischen Leiden nicht sicher nachweisen ließ. Die Einzelheiten ergeben sich aus der tabellarischen Zusammenstellung selbst. Der Hauptanteil aller Todesfälle überhaupt entfällt auf Status epilepticus, resp. Coma epilepticum = 21,6 %; nächstdem sind am stärksten vertreten entzündliche Lungenaffektionen und aus plötzlicher Herzerschlaffung hervorgegangene lebensgefährliche Zustände; es folgen, mit annähernd gleich starker Beteiligung (8,5 bzw. 8,6 %), Herz- und Gefäßaffektionen sowie Tuberkulose, vorzugsweise der Lungen; unter den übrigen Todesursachen entfallen etwas höhere Prozentzahlen nur noch auf „Asphyxie" und akzessorische „Gehirnaffektionen", auf erstere 4,4 %, auf letztere 3,7 %; die sonstigen Todesursachen erreichen durchweg nicht die Höhe von 3 %.

Die Influenza stellte sich während der Berichtszeit auch in der hiesigen Anstalt wiederholt in ausgedehnterem Maße ein, raffte indessen durch die in ihrem Gefolge auftretenden Nebenkrankheiten, insbesondere durch Lungen- und Herzaffektionen, speziell unter den Schwachen und Elenden nur verhältnismäßig wenige Patienten dahin. Im übrigen traten schwere Epidemien nicht auf. Die tödlich verlaufenen Fälle von Skarlatina, Typhus exanthematicus, Peliosis rheumatica und Skorbut blieben vereinzelt; Typhus und Skorbut waren von außen eingeschleppt worden. Infektiöse Kinderkrankheiten wie Scarlatina, Morbillen, Rubeolen, Diphtherie, Varicellen gelangten hier zwar wiederholt zur Behandlung; der Tod trat jedoch nur bei einer an Scarlatina erkrankten und zugleich an bedeutender Herzhypertrophie und chronischer Endokarditis leidenden 19 Jahre alten Epileptica infolge von Herzschwäche ein. Leichtere und schwerere Anginen, eventuell mit stärkerer Beteiligung der Atmungswege am Krankheitprozesse, sind hier ein recht häufiges Vorkommnis; nicht allzu selten stellte sich darnach — namentlich bei jugendlichen weiblichen Personen und vorzugweise in den Frühjahrs- und Herbstmonaten — mehr oder minder ausgedehntes Erythema nodosum



an den Unterschenkeln, gelegentlich auch an den oberen Extremitäten unter Fieber und Gelenkschmerzen ein; aber nur ganz vereinzelt gesellten sich — insbesondere bei Rezidiven — unter zunehmendem Fieber seröse Ergüsse in die Gelenke, periartikuläre Ödeme, Endokarditis, Perikarditis, Pleuritis und Hautblutungen hinzu, also Krankheiterscheinungen, die eine starke Wesensverwandtschaft zum akuten Gelenkrheumatismus erkennen lassen; einen tödlichen Verlauf nahmen hiervon nur die zwei als Peliosis rheumatica bezeichneten sehr schweren Krankheitfälle, von denen der eine eine 31, der andere eine 37 Jahre alte Frau betraf. Die beiden Fälle von Skorbut gelangten bei einem 11¾ Jahre alten Knaben und bei einer 58 Jahre alten Frau zur Beobachtung und endeten im ersteren Falle durch schwere innere und Hautblutungen, sowie schließlich hinzugetretenes Lungenödem. im letzteren Falle durch Herzmuskelentartung und allgemeinen Marasmus tödlich.

Von diesen wenigen Fällen abgesehen, gelangten besondere Schädlichkeiten, die vorübergehend oder dauernd eine Steigerung der Sterblichkeit über das natürliche Maß hinaus herbeizuführen geeignet gewesen wären, in der hiesigen Anstalt wohl nie zu verhängnisvoller Wirksamkeit, man wird die in der obigen Tabelle niedergelegten Ergebnisse daher unbedenklich als Durchschnittswerte betrachten dürfen.

Das ergibt sich namentlich auch aus der verhältnismäßig kleinen Zahl von Opfern, die die Tuberkulose gefordert hat. Der Prozentsatz der Todesfälle an Tuberkulose war hier nicht wesentlich höher als in der Gesamtbevölkerung Sachsens überhaupt; pflegte sie im Lande alljährlich doch mit etwa 8% unter den Todesursachen vertreten zu sein. Da von den hier Verstorbenen keiner länger als 3 Jahre in der Anstalt verweilt hatte, so darf wohl angenommen werden, daß dieselben ihre Tuberkulose nicht erst in der Anstalt erworben, sondern schon von außen mitgebracht hatten. Das erreichte Alter betrug bei 6 m. und 2 w. Kranken 9—20, bei 21 m. und 6 w. Kranken 20—40 und bei den verbleibenden 12 Kranken 40—58 Jahre. Immer zeigten sich in erster Linie die Lungen von ausgedehnten Zerstörungen betroffen; außerdem fanden sich bei 10 m. und 7 w. Kranken tuberkulöse Geschwüre im Darm, bei 6 m. und 5 w. Kranken ausgebreitete Veränderungen an den Lymphdrüsen vor, kombiniert



in 5 Fällen mit schwerster tuberkulöser Pleuritis und Peritonitis; allgemeine Tuberkulose lag bei einer w. Kranken vor, während eine andere w. Kranke neben Lungen- noch Hauttuberkulose und ein m. Kranker neben vielfachen anderen Veränderungen insbesondere noch Knochentuberkulose darbot. Jedenfalls handelte es sich in allen diesen Fällen stets um schwerste Formen der Tuberkulose, um Formen, die allgemeine Emaziation zur Folge hatten.

Soweit die in der Literatur vorhandenen spärlichen Angaben einen Schluß zulassen, werden so günstige Zahlenverhältnisse im übrigen jedoch nirgends gewonnen. Je nach den herrschenden hygienischen Verhältnissen und nach der physischen Beschaffenheit des zur Unterbringung gelangten Krankenmaterials unterliegt freilich die Sterblichkeit infolge von Tuberkulose in den verschiedenen Anstalten und innerhalb derselben Anstalt selbst in den einzelnen Jahren großen Schwankungen. Erlagen doch auch hier 17 m. und 6 w. Kranke bereits in den ersten 4 Berichtsjahren der Tuberkulose, während in den folgenden $17^1/_3$ Jahren nur noch im ganzen 15 m. und 9 w. Kranke diesem Leiden zum Opfer fielen. Im allgemeinen aber ergibt sich aus den Mitteilungen *Ganters* u. a., daß speziell in den Irrenanstalten die Sterblichkeit an Tuberkulose trotz aller hygienischen Vervollkommnungen fast überall noch eine recht hohe ist, und ein gleiches war für die sächsischen Irrenanstalten festzustellen, wo innerhalb der letzten Jahre zwar ein gewisser Rückgang in der Tuberkulosesterblichkeit eingetreten zu sein scheint, der Prozentsatz der Todesfälle an Tuberkulose nach den Erhebungen der letzten 10—15 Jahre sich aber immerhin noch auf etwa 15,5 % beläuft. Über die Sterblichkeit der Epileptiker an Tuberkulose liegen im übrigen nur vereinzelt Mitteilungen vor: sie betrug nach *Köhler* in Hubertusburg 16,7 %, nach *Habermaas* in Stetten 10 %, nach *Ganter* in Saargemünd 21,8 % und scheint nach den offiziellen Berichten aus der Anstalt Wuhlgarten auch dort recht häufig konstatiert zu werden.

Spuren von Tuberkulose werden freilich auch hier nicht allzu selten bei den Obduktionen gefunden, teils in Form verkäster, mit Bindegewebe umgebener Knötchen oder verkalkter Herde, teils in Form von narbigen Einziehungen und Verwachsungen; die Sektionsberichte erwähnen dergleichen Nebenbefunde bei 185=34,3% an anderen Erkrankungen zugrunde gegangenen Individuen, und zwar bei 108 m. und 77 w. Epileptikern; aber die ausnehmend günstigen Lebensverhältnisse, in die die Epileptiker nach ihrer Unterbringung hierselbst gelangen, bringen den Krankheitprozeß selbst bei ursprünglich sehr stark ausgeprägten Erscheinungen in der Regel überraschend schnell zum Stillstand oder lassen ihn wenigstens nur langsam und



in weit auseinanderliegenden Intervallen fortschreiten. Jedenfalls konnte die Vermutung *Férés*, daß neben der kongenitalen Inferiorität den durch die Anfälle herbeigeführten zirkulatorischen, respiratorischen und nutritiven Störungen ein verhängnisvoller Einfluß auf die Entstehung und Fortentwicklung der Tuberkulose zuzuschreiben sei, ebensowenig wie seine Behauptung, daß die Epileptiker „sehr oft" der Lungenschwindsucht erliegen, an dem Material der hiesigen Anstalt bestätigt werden; nur soviel ist sicher, daß die Mehrzahl der Epileptiker körperlich entartet und wenig kräftig und rüstig ist; wenn die Kranken aber nicht schon bei der Aufnahme mit Tuberkulose behaftet waren, so blieben sie in der hiesigen Anstalt selbst bei jahrelangem Aufenthalte und bei sehr häufig sich einstellenden Krampfanfällen völlig frei davon.

Die Widerstandkraft der Epileptiker gegen akute fieberhafte Krankheiten zeigte sich nach den Beobachtungen in der hiesigen Anstalt nicht in dem Maße herabgesetzt, wie vielfach angenommen wird. Dem widerspricht schon die relativ geringe Zahl der hier an interkurrenten Infektionskrankheiten zugrunde gegangenen Patienten; dieselben forderten im allgemeinen nur unter von vornherein Siechen und Elenden oder sonst durch chronische Leiden Gefährdeten ihre Opfer, eine Wahrnehmung, die wohl allgemeine Gültigkeit beansprucht und nichts für Epileptiker Spezifisches erkennen läßt. Nach den hier gewonnenen Erfahrungen, die auch sonst (*Féré*, *Gowers*) Bestätigung finden, sistieren die Krampfanfälle während einer akuten fieberhaften Krankheit in der Regel oder treten wenigstens nur selten und in stark abgeschwächter Form in die Erscheinung, um erst einige Zeit nach Ablauf der interkurrenten Erkrankungen wieder in der früheren Weise sich bemerkbar zu machen; gefährdet sind die Epileptiker aber weitaus am meisten durch ihre Krampfanfälle selbst bzw. durch die in deren unmittelbarem Gefolge sich einstellenden lebensgefährlichen Krankheitzustände, vor allem durch Herzschwäche und gleichzeitig zur Entwicklung gelangende Lungenaffektionen. Das ergibt sich aus den hier gewonnenen Resultaten mit unzweifelhafter Gewißheit: den im Zusammenhang mit epileptischen Zuständen erfolgten Todesfällen gegenüber treten alle übrigen Todesursachen weit zurück; außer den besprochenen tödlich verlaufenen Erkrankungen führten unabhängig von epileptischen Zu-



ständen nur noch vereinzelt schwere allgemeine Erkrankungen wie hochgradigster Marasmus, Diabetes mellitus, Septikopyämie und Peritonitis purulenta oder chronische Leiden wie Herz- und Gefäßaffektionen, Emphysema pulmonum, Neoplasmen, Nephritis, Leberzirrhose und Cholelithiasis oder akut unter ähnlichen Bedingungen wie gewöhnlich zustande gekommene lebensgefährliche Affektionen wie Apoplexie, Lungen-, Magendarmblutung, Erysipel, krupöse und katarrhalische Lungenentzündungen, resp. ausgedehnte eitrige Bronchitis und schwere Pleuritis usw. den Tod herbei.

Bei den 14 an Marasmus zugrunde gegangenen Kranken handelte es sich 2 mal um jugendliche, 12 mal um ältere, mit allerhand chronischen Leiden behaftete Individuen. Die hier oder dort festgestellten Organveränderungen waren für sich und in ihrer Gesamtheit wohl geeignet, allmählich einen fortschreitenden Verfall der Kräfte herbeizuführen; im einzelnen aber waren sie nicht derartig, um sie für sich als spezielle Todesursachen in Anspruch nehmen zu können. Von lediglich agonalen Befunden wie Herzerschlaffung und allgemeinen Stauungserscheinungen in den inneren Organen abgesehen, fanden sich dabei u. a. sehr oft pleuritische Verwachsungen und Residuen früherer Tuberkulose, ferner 3 mal Dekubitalgeschwüre, die sich sonst im ganzen nur selten bei Epilepsie einstellen, 8 mal chronische Meningitis, 7 mal chronische Herzleiden, 6 mal schwerere sklerotische Veränderungen an den Gefäßen, 3 mal chronische Bronchitis, 2 mal Emphysem, 6 mal Fettleber, 2 mal Gallensteine, 1 mal Pyelonephritis und Zystitis, 3 mal Zystenniere, 1 mal chronische Enteritis, 1 mal auf tuberkulöser Basis erwachsene Periproktitis, 1 mal ausgedehnte Karies der Halswirbelsäule.

Der letztere Fall betraf ein 14½jähriges Mädchen, bei dem der Zerstörungsprozeß mehrere Wirbelkörper in Mitleidenschaft gezogen und die dadurch herbeigeführte Deformation der Halswirbelsäule unterhalb des Foramen magnum eine Verengerung des Wirbelkanals und damit zugleich eine Kompression der Medulla bewirkt hatte.

Im übrigen verdienen noch besondere Erwähnung vier akzessorische Gehirnbefunde: Ein 20½ Jahre alt gewordener Kranker zeigte ausgesprochenen Hydrocephalus externus und internus, eine über 70 Jahre alte Frau mehrere alte Erweichungsherde im Gehirn, bei einer anderen über 50 Jahre alten Frau fand sich im Bereiche der dritten linken Stirn- und vorderen Zentralwindung ein wallnußgroßer, derber, gestielt aufsitzender Tumor nicht näher beschriebener Art, während ein 60¼ Jahre



alter Mann an der unteren inneren und seitlichen Fläche des linken Stirnhirns nahe dem Gyrus rectus und dem Lobus parietalis eine gänseeigroße Dermoidzyste aufwies. Ob diese Veränderungen am Zentralnervensystem besondere Symptome im Leben gemacht haben, war aus den Krankenjournalen leider nicht zu ersehen; stets wird nur von allgemeinen tonisch-klonischen Muskelkrämpfen berichtet, wie sie der genuinen Epilepsie zukommen.

In den neun Fällen von Neoplasmen handelte es sich durchgehends um bösartige Neubildungen mit Ausgang in allgemeine Kachexie. 5 Männer und 3 Weiber gingen, zwischen 33½ und 56 Jahren alt, an Karzinom zugrunde. Einmal lag Kardia- bzw. Ösophagus-, dreimal Pyloruskarzinom vor, zweimal war die Geschwulst in der kleinen Kurvatur des Magens zur Entwicklung gelangt, einmal im Uterus, einmal bestand primär Kankroid der rechten Ohrmuschel. Bei 3 Männern und 2 Weibern werden Metastasen erwähnt, teils in umgebenden Lymphdrüsen, teils in entfernteren Organen. Eine 57¼ Jahre alte Frau erlag einem rechtseitig aufgetretenen Beckenschaufelsarkom, das Metastasen im linken Oberarm und in den Rippen zur Folge hatte. Metastasen im Gehirn gelangten in keinem dieser Fälle zur Beobachtung; ebensowenig war eine Veränderung des epileptischen Grundleidens nach Form und Verlauf wahrzunehmen.

Von den akzessorischen Gehirnaffektionen standen nur 6 Todesfälle in keiner erkennbaren Beziehung zu epileptischen Zuständen.

2 Männer im Alter von 47 und 54 Jahren erlagen plötzlich eingetretenen „Schlaganfällen“: in dem einen Falle bestand neben chronischer Myo- und Endokarditis hochgradigste allgemeine Arteriosklerose, die schließlich zu einer größeren Blutung aus einem Aste der rechten Arteria fossae Sylvii führte, in dem anderen Falle waren schon wiederholt kleinere Blutungen in die Zentralganglien erfolgt, die Erweichungsherde hinterließen, während die letzte Blutung in die innere Kapsel tödlich endete. Ein 32 Jahre alter Kranker, der seit geraumer Zeit an eitriger Mittelohrentzündung und Karies des rechten Felsenbeins litt, ging an Thrombophlebitis und anschließender eitriger Meningitis zugrunde. Man muß erstaunt sein, daß solche Ereignisse bei der Häufigkeit chronischer Mittelohrkatarrhe unter den hiesigen Epileptikern nicht öfter sich zutrugen. Allmählich sich steigernde Erscheinungen von Hirndruck, bedingt durch Tumoren, lagen bei drei Kranken vor: ein 12 Jahre alter Knabe, der schließlich im marastischen Zustande einer hinzugetretenen rechtseitigen Lungenentzündung zum Opfer fiel, wies an den Spitzen beider Stirnlappen Verwachsungen auf „durch ein — wie es im Sektionsprotokoll heißt — atypisches, aus der Rinde wucherndes Gewebe von derber gelatinöser Beschaffenheit und unregelmäßiger Ausdehnung, in Größe und Form einer Morchel entsprechend“. Bei einem 36 Jahre alten Manne waren die



Gehirndrucksymptome hervorgerufen worden durch eine vom vierten Ventrikel ausgegangene, zum Teil zystisch entartete Geschwulst, die sich unter dem Kleinhirn und der Brücke hin bis zum Chiasma opticum erstreckte; die Hypophysis fand sich dabei mäßig vergrößert. Der dritte Fall betraf eine 32½ Jahre alte Frau, bei der sich zu beiden Seiten der rechten Zentralwindung eine über gänseeigroße, typische Echinokokkusblase fand. Auch in diesen Fällen werden wesentliche Abweichungen vom Bilde einer gewöhnlichen genuinen Epilepsie in den Krankengeschichten im übrigen nicht erwähnt.

Die Fälle von Diabetes mellitus, Nephritis, Leberzirrhose und Cholelithiasis verliefen durchaus chronisch und führten wie gewöhnlich durch Erschöpfung resp. durch akute Herzinsuffizienz und sonstige Nebenkrankheiten den Tod herbei. Von einer Beeinflussung des epileptischen Grundleidens durch diese erst im späteren Verlaufe hinzugetretenen Krankheiten wird nichts berichtet. Die hämorrhagischen Lungeninfarkte waren bei geschwächter Zirkulation im Anschluß an Herzklappenfehler resp. bei ulzeröser Endokarditis zur Entwicklung gelangt, beide Male rechts; in dem einen Falle — bei einer 20¼ Jahre alten Kranken — trat der Tod erst nach konsekutivem brandigen Zerfall des ganzen rechten Lungenunterlappens ein. Den tödlich verlaufenen Magendarmblutungen lag das eine Mal ein Ulcus ventriculi, das andere Mal eine Leberzirrhose zugrunde. In den 5 unabhängig von epileptischen Zuständen eingetretenen Fällen von Peritonitis purulenta handelte es sich stets um Weiterverbreitung entzündlicher Prozesse aus der Umgebung über das Peritoneum; 3 mal bestand primär Perityphlitis, 1 mal inkarzerierte Hernia femoralis, 1 mal Pyosalpinx. Eine 38½ Jahre alte Frau erlag einer durch Streptokokken hervorgerufenen Septikopyämie, ohne daß es bei der Untersuchung im Leben und nach dem Tode gelungen wäre, die Eingangpforte für die Kokken aufzufinden. Der einzige Fall von tödlich verlaufenem Erysipelas faciei, bei dem es nicht möglich war, eine Beziehung zu epileptischen Zuständen festzustellen, ereignete sich bei einer 47 Jahre alten Frau, die an ausgedehnter chronischer Tuberkulose der Mesenterial- und Halslymphdrüsen litt und im Anschluß an das mutmaßlich von einer Fistel ausgegangene Erysipel noch allgemeine Streptokokkensepsis akquirierte.

Lungenemphysem führte unabhängig von epileptischen Zuständen, wie sich aus der obigen Übersicht ergibt, 4 mal zum Tode, stets nach jahrelanger Dauer der Krankheit, 2 mal durch Herzschwäche, 2 mal durch interkurrente fieberhafte Bronchialkatarrhe. Bei den übrigen unabhängig von epileptischen Zuständen Gestorbenen handelte es sich um folgende Krankheitprozesse, bei denen in der Regel plötzliche Herzerschlaffung die unmittelbare Todesursache bildete: 10 mal um Pneumonia crouposa (7 M., 3 W.), 28 mal um katarrhalische Pneumonie resp. um schwerste Bronchitis (21 M., 7 W.), 7 mal um exsudative Pleuritis resp.



um Empyem (4 M., 3 W.), 3 mal um Pericarditis exsudativa (1 M., 2 W.), 8 mal um Klappenfehler mit Herzhypertrophie (5 M, 3 W.), 9 mal um schwerste Formen von Arteriosklerose (7 M., 2 W.), 7 mal um Fettherz und sonstige Erkrankungen des Herzmuskels (3 M., 4 W.).

Besonderes Interesse beanspruchen unter den Todesfällen naturgemäß diejenigen, welche im Zusammenhang mit epileptischen Zuständen eingetreten sind; ihre Zahl beläuft sich, wie die obige Übersicht zeigt, auf etwa $^5/_8$ aller überhaupt vorgekommenen Todesfälle.

Der Häufigkeit nach an der Spitze stehen, wie bemerkt, die durch Status epilepticus resp. Coma herbeigeführten Todesfälle. War es schon klinisch nicht immer möglich, die Ursache des Eintritts eines solchen Zustandes festzustellen, so gelang es auch durch die Obduktion nicht, sicheren Aufschluß darüber zu gewinnen. Nur die schon im Leben so hochgradig hervortretende venöse Stauung machte sich durchgehends auch an der Leiche bemerkbar; im übrigen erinnerten die Befunde durchaus an diejenigen bei gewöhnlicher Asphyxie. Alle Eingeweide zeigten sich blutüberfüllt, ebenso die Venen, die venösen Sinus des Gehirns, das rechte Herz. Die Stauung pflegte namentlich auch in den Lungen und im Gehirn stets sehr ausgesprochen hervorzutreten und hier zu erheblichen Hyperämien und Oedemen zu führen. Der Tod kommt unmittelbar wohl in der Regel durch zunehmende Herzinsuffizienz zustande, mag dieselbe nun durch nachweisbare organische Herz- und Gefäßleiden, durch fettige Degeneration des Herzmuskels, durch die im Anfall so erheblich gesteigerten mechanischen Anforderungen an die Herzkraft oder durch toxische Wirkungen bedingt sein. Die Angabe *Férés*, daß die stark injizierten Gehirnhäute bei längerer Dauer des Status an den Gehirnwindungen adhärierten und sich nur schwer abziehen ließen, fand bei den hiesigen Obduktionen keine Bestätigung; immer wird vielmehr ausdrücklich bemerkt, daß die weichen Häute leicht in zusammenhängenden Lamellen sich ablösen ließen. Vielleicht erklärt sich die Verschiedenheit der Befunde daraus, daß dort die Sektionen erst längere Zeit nach dem Tode, hier dagegen meist schon 2—10 Stunden darnach vorgenommen wurden. Alle übrigen Befunde bei Status epilepticus bzw. Coma epilepticum unterliegen vielfachem Wechsel und lassen nichts für diese Zustände Spezifisches erkennen. Ekchymosen auf dem Herzbeutel, auf der Pleura, auf der Gehirnoberfläche finden sich nur gelegentlich, ebenso Hämatom der Dura mater und größere Blutaustritte oder dadurch

herbeigeführte Gewebszerstörungen im Zentralnervensystem; sie kommen in der Regel wohl nur — ähnlich wie Haut- und Konjunktivalblutungen — bei abnorm heftigen Krampfanfällen infolge der hochgradigen mechanischen Kongestion oder bei allgemein bestehender Arteriosklerose zustande. Nicht allzu selten findet sich bei längerem Bestehen des Komas hypostatische und Schluckpneumonie resp. beginnende Gangrän im Unterlappen als Nebenbefund; der Tod wird aber wohl auch in diesen Fällen schließlich durch Herzlähmung herbeigeführt. Ekchymosen an der Oberfläche der genannten Organe werden in den Sektionsprotokollen bei 17 m. und 16 w. im Status resp. Koma erlegenen Kranken erwähnt. Größere Blutaustritte im Gehirn fanden sich bei 7 m. und 4 w., Hämatom der Dura mater bei 13 m. und 6 w. Kranken. Anschoppungen oder entzündliche Veränderungen der Lungen in allen Übergängen von einfacher Hypostase in den hinteren unteren Abschnitten bis zu mehr oder minder weit fortgeschrittener Pneumonie und Gangrän, meist kombiniert mit Ödem und allgemeiner Hyperämie in den übrigen Lungenbezirken, wurden bei 53 m. und 49 w. Kranken, also bei insgesamt etwa $^5/_6$ aller im Status resp. Koma Gestorbenen festgestellt.

Befunde dieser Art sind überhaupt, wie die obige Tabelle erkennen läßt, etwas sehr Gewöhnliches bei allen im Anschluß an Krampfanfälle zugrunde gegangenen Kranken. Ein Teil derselben überwindet freilich die eintretenden bedrohlichen Symptome allmählich wieder unter dem Einfluß der angewandten therapeutischen Maßnahmen; nur zu oft aber versagen alle Mittel, die Herzschwäche nimmt stetig zu, die Kranken sterben zwar nicht im Anfall oder im Koma direkt, erliegen aber schließlich doch noch den durch die Anfälle herbeigeführten schweren Störungen der Herztätigkeit, resp. den durch die Stauungen und durch die Aspiration von Schleim, Speichel oder Erbrochenem zustande gekommenen Hyperämien, Ödemen und entzündlichen Lungenaffektionen. Zieht man alle im Anschluß an Krampfanfälle zugrunde Gegangenen, bei denen außer gewöhnlicher Herzerschlaffung, allgemeiner Stauung und entzündlichen Affektionen in den Lungen weitere lebensgefährliche Erkrankungen weder klinisch noch pathologisch-anatomisch sich zeigten, in eine größere Gruppe zusammen, so ergibt sich, daß 72 m. und 41 w. = 20,8% Kranke solchen Zuständen zum Opfer fielen. Die Sektionen ergaben in diesen



Fällen stets Herzschlaffheit und allgemeine Stauungserscheinungen. daneben aber 57 mal entzündliche Lungenaffektionen, und zwar lagen 56 mal = 10,3% in den Lungen nur Hyperämien und Ödeme resp. einfache Hypostasen vor, 49 mal = 9,0% handelte es sich um hypostatische resp. um aspirative Pneumonien, 8 mal = 1,5% um typische Lungengangrän. Die entzündlichen Prozesse waren stets in den hinteren unteren Lungenabschnitten lokalisiert, meist beiderseits, in den Fällen mit einseitiger Erkrankung aber etwas häufiger rechts als links, ein Ergebnis, wie es wohl gewöhnlich gewonnen wird.

Mit Todesfällen dieser Art ist aber die Zahl derjenigen nicht erschöpft, die erst einige Tage oder Wochen nach Ablauf der Paroxysmen zunehmender Herzerschlaffung oder sonstigen Folgekrankheiten zum Opfer zu fallen pflegen. Selbstverständlich konnten dabei immer nur solche in der Regel tödlich verlaufende Krankheitprozesse Berücksichtigung finden, die im unmittelbaren Anschluß an abgelaufene Krampfanfälle oder sonstige epileptische Zustände zur Entwicklung gelangt waren oder wenigstens sofort darnach eine bedenkliche Form angenommen hatten. In dieser Hinsicht wirkten für einen Teil der Epileptiker namentlich bestehende schwere Herz- und Gefäßaffektionen verhängnisvoll. Unter dem Einflusse solcher Krankheiten trat der Tod bei 3 m. und 4 w. Kranken sogar direkt im Anfalle selbst ein, während 10 m. und 5 w. Kranke erst später den eingetretenen schweren Alterationen erlagen.

Bei den 7 direkt im Anfall Gestorbenen handelte es sich um folgende Zustände: Ein 63¼ Jahre alter Mann, der an Myokarditis infolge von Koronararteriensklerose litt, bekam eine Ruptur des linken Herzventrikels; als Nebenbefunde ergaben sich Lungenemphysem, Leberzirrhose mäßigen Grades, Kolloidentartung der Nebennieren und Verwachsensein derselben mit den Nieren; ein 42 Jahre alter Mann wies totale Obliteration des Herzbeutels auf und zeigte außerdem ausgedehnte Adhäsivpleuritis und -peritonitis neben hämorrhagischen Infarkten in beiden Lungen, sowie Cholelithiasis; bei einem 53¼ Jahre alten Manne lag hochgradigste Arteriosklerose insbesondere der Aorta und der Koronararterien vor, während sich zugleich noch zahlreiche Ekchymosen auf der Brust, im Gesicht, unter der Pleura und dem Epikard sowie zahlreiche Blutaustritte in beiden Lungen fanden. Zwei an allgemeiner Arteriosklerose leidende 41 Jahre alte Frauen gingen an Aneurysmarupturen der linken Arteria subclavia bzw. der Aorta zugrunde; die eine bot als Nebenbefunde chronische Bronchitis und chronischen Blasenkatarrh dar. Die beiden anderen Fälle betrafen ein 13 jähriges, an Mitralklappeninsuffizienz leidendes Mädchen



bei dem punktförmige Blutaustritte in die Haut und unter die Pleura angeführt werden, und eine 62 Jahre alte Frau mit ausgedehnter Arteriosklerose und Aortenklappeninsuffizienz. Die übrigen erst im Anschluß an Krampfanfälle Gestorbenen 15 Herz- und Gefäßkranken litten an folgenden Affektionen: 4 Männer und 1 Frau an allgemeiner Arteriosklerose, 3 Männer und 1 Frau an chronischer Endokarditis, 2 Männer und 3 Frauen an Herzhypertrophie und Herzmuskelentartung, 1 Mann an fibrinöser Perikarditis. Unter den Nebenbefunden standen überall die Erscheinungen allgemeiner Stauung im Vordergrunde.

Weniger Gefahren als chronische Herz- und Gefäßleiden resp. plötzlich einsetzende Herzschwäche scheinen chronische Lungenleiden bei Krampfanfällen zu bedingen.

Freilich boten auch die im Anschluß an Anfälle Gestorbenen vielfach chronische Veränderungen an den Lungen dar, teils in Form tuberkulöser Prozesse, teils in Form pleuritischer Verwachsungen und emphysematöser oder bronchitischer Erscheinungen; aber in ausgedehnterem Maße lagen solche Affektionen nur bei zwei im Anschluß an Paroxysmen erlegenen Kranken vor, bei einem 64 Jahre alten Emphysematiker, der nebenbei allgemeine Arteriosklerose und einige ältere Erweichungsherde im Gehirne aufwies, und bei der oben bereits berücksichtigten, 28 Jahre alten Frau, die außer an vorgeschrittener Lungen- noch an Hauttuberkulose litt. Ob zwei im Anschluß an Anfälle tödlich verlaufenen schweren Lungenblutungen bei einem $24\frac{3}{4}$ Jahre alten Manne und einer $22\frac{3}{4}$ Jahre alten Frau Tuberkulose zugrunde lag, ist weder aus den Krankengeschichten noch aus den Sektionsprotokollen mit Sicherheit zu entnehmen.

Gehirnaffektionen gaben bei 14 im Zusammenhang mit Krampfanfällen Gestorbenen die Todesursache ab = 2,6%. 3 Männer und 2 Frauen starben direkt im Anfall, die übrigen 9 Männer erst später. Bei den direkt im Anfall Gestorbenen wurde der Tod 2 mal durch Gehirnblutungen, 1 mal durch ausgedehntes Hämatom der Dura mater herbeigeführt, stets nach vorausgegangenem Kopftrauma. Bestehende Arteriosklerose resp. chronische Endokarditis scheint begünstigend gewirkt zu haben.

Bei einer 33 Jahre alten, im Anfall verschiedenen Frau fand sich linkerseits ein „aus zwei Abschnitten bestehender, weicher, gallertartiger, aus der Fossa Sylvii hervortretender, ausgebreiteter Tumor", der im übrigen nicht näher untersucht worden ist, während bei einem $34\frac{3}{4}$ Jahre alten Manne der plötzliche Tod durch einen obsoleten Zystizerkus im vierten Gehirnventrikel herbeigeführt wurde; als Nebenbefunde fanden sich hier neben einem weiteren obsoleten Zystizerkus in der Leber allgemeine Hyperämie, Hydrocephalus internus und Ependymkörnung. Bei den 9 erst später gestorbenen Männern ließen sich, von sonstigen

Nebenbefunden wie Erweichungsherden, chronischer Meningitis, Ödem und Hyperämie abgesehen, feststellen: 5 mal ausgedehnte Durahämatome, 3 mal frische zerebrale Blutungen, 1 mal eitrige Basilarmeningitis, die ihren Ausgang von einer ausgedehnten, sekundär vereiterten Verletzung der Kopfschwarte genommen hatte.

Im übrigen handelte es sich bei den im Zusammenhang mit epileptischen Zuständen aufgetretenen Todesfällen 11 mal um Schädelbrüche = 2%, 3 mal um andere Frakturen und daraus hervorgegangene schwere Folgezustände = 0,6%, 3 mal um sekundäre Peritonitis purulenta = 0,6%, 3 mal um Septikopyämie = 0,6%, 8 mal um Erysipelas faciei = 1,5%, 24 mal um Asphyxie = 4,4%, 11 mal um Selbstmord = 2,0%, 10 mal um sonstige plötzlich im Anfall erfolgte Todesfälle = 1,8%.

Die Schädelbrüche waren stets durch direkte Gewalteinwirkung beim Niederstürzen herbeigeführt worden. Immer lag Basisfraktur vor, nur 4 mal zugleich ausgedehntere Zertrümmerung des Stirn- und Hinterhauptbeins. Verletzungen der Hautdecken und stärkere Hautblutungen an der Kopfschwarte waren 6 mal notiert, während sekundäre Veränderungen an den Häuten und am Gehirn in Form von Blutungen, Gewebszerstörungen, Erweichungen usw. sich in allen Fällen fanden, teils in geringerem, teils in größerem Umfange.

Die tödlich verlaufenen sonstigen Knochenbrüche betrafen: Fraktur der sechsten linken Rippe bei einem 60 Jahre alten marastischen Manne, der schließlich zunehmender Herzschwäche und hinzugetretener Unterlappenpneumonie erlag, Fraktur des rechten Unterschenkels mit anschließender Fettembolie und Ödem der Lungen, sowie Atelektase der Unterlappen bei einer 22 Jahre alten, sonst rüstigen Frau und Schambein- und Rippenfrakturen mit anschließender Herzlähmung bei einer 65 Jahre alten marastischen Frau.

Der im Anschluß an Krampfanfälle aufgetretenen Peritonitis purulenta lag das eine Mal eine Zerreißung des Darms zugrunde, die sich ein 49 Jahre alter Kranker durch Fall an die Kante eines Stuhls zugezogen hatte; bei einem anderen an *Laënnec*scher Leberzirrhose leidenden Kranken ging dieselbe von einem im Anfall zustande gekommenen Nabelbruch mit Inkarzeration aus. Nicht einem Anfalle, sondern hochgradigster geistiger Abschwächung mit interkurrenten depressiven Stimmungsanwandlungen war die Peritonitis zuzuschreiben bei einer 41 Jahre alten Frau, die durch Verschlucken von Holzstücken eine Dünndarmperforation bekommen hatte. — Die 3 Fälle von Septikopyämie waren stets durch tiefe, in Vereiterung ausgegangene Hautwunden bedingt, die die Kranken im Anfall akquiriert hatten.

Die 8 Fälle von Erysipelas faciei waren aller Wahrscheinlichkeit nach durch im Anfall eingetretene Gesichtshautverletzungen verursacht; doch lag für einige an ausgebreiteter Gesichtsakne leidende Kranke auch



die Möglichkeit einer von dort oder von Kratzwunden ausgegangenen Infektion vor. Der Tod trat bei den zumeist hinfälligen Kranken wohl stets nach Hinzutritt von Lungen- und Gehirnhyperämien und -ödemen unter den Erscheinungen der Herzlähmung ein.

Die Asphyxie im Anfall wurde herbeigeführt bei 7 m. und 4 w. Kranken durch passive Bauchlage und mechanischen Verschluß der Luftwege während nächtlicher Anfälle, bei 3 m. und 1 w. Kranken durch gerade im Munde befindliche Bissen, bei 6 m. und 3 w. Kranken durch Aspiration erbrochener Massen. Die Obduktion ergab in allen diesen Fällen stets die typischen Erstickungsbefunde: intensiv entwickelte Totenflecke, dunkle, flüssige Beschaffenheit des Blutes, Ekchymosen in der Haut des Gesichts, in der Bindehaut der Augen, in der Pleura, im Peri- und Epikard, Blutüberfüllung des rechten Herzens, Hyperämie der inneren Organe, in der Lunge und im Gehirn verbunden in der Regel mit Ödem. In ihrer Intensität hingen diese anatomischen Befunde ab von der Intensität und Dauer der Erscheinungen während der einzelnen Erstickungsstadien.

Die Fälle von Selbstmord waren stets auf bestehende psychische Alterationen zurückzuführen; teils lag ein Dämmerzustand, teils eine Depression, teils ein mit Neigung zu impulsiven Handlungen einhergehender jäher Gefühlsausbruch vor. 6 Männer und 2 Frauen im Alter von 24½ bis 41½ Jahren entwichen in einer solchen Verfassung aus der Anstalt und fanden den Tod dadurch, daß sie sich in der Nähe entweder in der Mulde bzw. in einem Teiche ertränkten (2 M., 2 W.) oder vom Eisenbahnzuge überfahren ließen (4 M.). Ein Mann von 61½ Jahren und eine Frau von 33½ Jahren stürzten sich aus einem Fenster des ersten Stockwerks und zogen sich dabei zahlreiche komplizierte Frakturen zu, der Mann außer Schädelbruch mit weitgehender Zertrümmerung der Knochen und ausgedehnten Gehirnzerstörungen noch Frakturen des 7. Halswirbels, des Brustbeins, der 2.—4. Rippe links und rechts, die Frau außer ebenso schwerem Schädelbruch noch eine rechtseitige Femurfraktur. Ein 25¾ Jahre alter Mann fand seinen Tod durch hartnäckige Nahrungsverweigerung und anschließende Aspirationspneumonie.

Bei 10 plötzlich im Anfall erlegenen Kranken wurde als Todesursache zwar durchweg „nervöse Erschöpfung" angenommen, aber einmal handelte es sich — bei einer 59¾ Jahre alten Frau — offenbar um Larynxstenose infolge enormer Struma, 5 mal — bei 3 Männern und 2 Weibern — um Herzlähmung bei organischen Affektionen des Herzmuskels resp. der Gefäße, und so bleiben nur 4 unklare Fälle übrig, bei denen die Sektion nichts weiter als allgemeine Stauungserscheinungen, insbesondere stets hochgradigste Lungen- und Gehirnhyperämie, verbunden mit Ödem ergab. Besonders erwähnenswert erscheint unter diesen Fällen eine 39jährige Frau, die seit der Jugend an epileptischen Anfällen, verbunden mit geistiger Abschwächung mittleren Grades, litt und hier wiederholt



im Anschluß an schwere Paroxysmen von akutem Lungenödem befallen wurde. Dieselbe zeigte in sehr charakteristischer Weise alle für tuberöse Sklerose typischen Veränderungen, wie sie *Bourneville* und in neuester Zeit namentlich *H. Vogt* beschrieben haben: zahlreiche tuberöse Herde in der Rinde des Großhirns, ferner an der Grenze von Thalamus und Corpus striatum sitzende tumorartige Prominenzen von ähnlicher Beschaffenheit in den erweiterten Seitenventrikeln, daneben derbe fibröse Nieren-, Pleura- und Uterustumoren, sowie auf dem Rücken unterhalb der Schulterblätter und im Gesicht die als Adenoma sebaceum bezeichnete Hautaffektion, die die Diagnose mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit schon im Leben stellen ließ. Die sonstigen anatomischen Befunde bestanden in Herzerschlaffung, Hyperämie der inneren Organe, im Gehirn und in den Lungen verbunden mit Ödem, sowie in zahlreichen Ekchymosen an der äußeren Haut und auf der Oberfläche der Lungen und des Herzens.

In Tabelle VIII wurden die gewonnenen Ergebnisse in anderer Gruppierung nochmals kurz zusammengestellt und zu denen *Ganters* in Vergleich gebracht.

Für die Gruppen „Herzerschlaffung und deren Folgen" und „plötzlicher Tod im Anfall" fand sich in der Übersicht *Ganters* keine entsprechende Rubrik. In welcher Weise die übrigen Rubriken der Tabelle VII hier zusammengestellt wurden, ergibt sich aus den in Klammern beigefügten Angaben. Die Einzelheiten sind teils aus den voranstehenden Erörterungen, teils aus den beiden Tabellen selbst zu ersehen. Die größten Gefahren erwachsen dem Epileptiker aus Krampfanfällen, teils durch etwa eintretenden Status epilepticus resp. Coma epilepticum, teils durch Herzstörungen, teils durch etwa entstehende entzündliche Lungenaffektionen, teils durch Unglücksfälle und lebensgefährliche Verletzungen. Im übrigen sind sie keinen größeren Lebensbedrohungen ausgesetzt, wie andere Gehirnkranke auch. Speziell die Tuberkulose und akute fieberhafte Infektionskrankheiten forderten unter den hiesigen Epileptikern nicht häufiger ihre Opfer wie sonst. Einem schweren Anfalle direkt erlagen, wenn man die Selbstmordfälle in Abzug bringt, 46 Kranke = 8,5 %; doch wurden, wie wir oben sahen, von diesen Fällen nur 4 = 0,7 % nicht hinreichend durch die Sektion aufgeklärt; alle übrigen waren durch ein pathologisch-anatomisch nachweisbares Leiden bzw. durch Asphyxie bedingt.

Im übrigen ergaben die Sektionen, wie schon die obigen Mitteilungen erkennen lassen, fast in jedem Falle noch eine Reihe mehr oder minder belangreicher Nebenbefunde. Fast aus allen Kapiteln der Pathologie fanden sich Befunde vertreten, so großem Wechsel sie bei den einzelnen Individuen auch sonst unterlagen. Ihre genaue Registrierung würde hier zu weit führen; nur einiges wenige sei kurz berührt.

In der Mehrzahl aller Fälle führte, wie bemerkt, Herzschwäche zum Tode; es kann daher nicht wundernehmen, daß durch agonale Blutstauung bedingte Hyperämien ungemein häufig zu konstatieren waren.



Tabelle VIII: Todesursachen der verstorbenen Epileptiker.

Todesursachen					Ganter	ImZusammenhang mit epil. Zuständen aufgetretene Todesfälle				Direkt im Anfall erfolgte Todesfälle (einschl. Selbstmord)			
	M.	W.	Sa.	%		M.	W.	Sa.	%	M.	W.	Sa.	%
Status epilepticus bzw. Coma epilepticum	63	54	117	21,6	29,8	63	54	117	21,6	—	—	—	—
Lungenaffektionen (Pneumonia crouposa, Lungengangrän, Emphysem, Lungenblutung, andere entzündliche Lungenaffektionen)	77	34	111	20,4	16,1	41	19	60	11,1	—	—	—	—
Herzerschlaffung und deren Folgen	33	23	56	10,3	—	33	23	56	10,3	—	—	—	—
Herz- und Gefäßaffektionen (Rupturen)	29	20	49	9,1	4,5	13	9	22	4,1	3	4	7	1,3
Tuberkulose	32	15	47	8,6	21,8	—	1	1	0,2	—	—	—	—
Unglücksfälle (Asphyxie, Frakturen)	25	13	38	7,0	4,5	25	13	38	7,0	16	8	24	4,5
Infektionskrankheiten (Erysipel, Influenza, Scharlach, Peliosis, Typhus, Sepsis)	19	13	32	6,0	16,1	7	4	11	2,1	—	—	—	—
Erkrankungen der Bauchorgane (Peritonitis, Cholelithiasis, Leberzirrhose, Magendarmblutung, Nephritis)	11	11	22	4,2	3,4	2	1	3	0,6	—	—	—	—
Gehirnaffektionen	17	3	20	3,7	1,1	12	2	14	2,6	3	2	5	0,9
Allgemeinerkrankungen (Marasmus, Skorbut, Diabetes)	11	8	19	3,6	1,1	—	—	—	—	—	—	—	—
Selbstmord	8	3	11	2,0	0,0	8	3	11	2,0	8	3	11	2,0
Plötzlicher Tod im Anfall	5	5	10	1,8	—	5	5	10	1,8	5	5	10	1,8
Geschwülste	5	4	9	1,7	1,1	—	—	—	—	—	—	—	—
Summe	335	206	541	100,0	—	209	134	343	63,4	35	22	57	10.5

In den Lungen und im Gehirn gesellten sich besonders oft noch Ödeme hinzu. Der Wert solcher Befunde für die im Leben vorhandenen Krankheiterscheinungen ist schwer abzuschätzen. Speziell intrakranielle Hyperämien und Ödeme, denen man oft eine große Bedeutung beigemessen findet, dürften in der Regel wohl nur als agonale Erscheinungen zu deuten sein. Charakteristische und einheitliche, nur bei Epilepsie vorhandene Organbefunde wurden im übrigen vermißt. Relativ am häufigsten fanden sich neben allgemeinen Hyperämien und einfachen Herzerschlaffungen akute entzündliche Veränderungen in den Lungen und chronische Herz- und Gefäßaffektionen, ferner nicht allzu selten chronische tuberkulöse Prozesse, sowie Residuen früherer Entzündungen an den Hirnhäuten und in Form von Verwachsungen und sehnigen, schwartigen und schwieligen Verdickungen an der Pleura, am Peritoneum, am Perikard, an der Milz-, Nieren- und Leberoberfläche.

Eines besonderen Interesses wert erscheinen unter diesen Nebenbefunden namentlich die an den Zirkulationsorganen hervortretenden chronischen Veränderungen, weil in ihnen vielleicht, unterstützt durch intoxikatorische und sonstige Schädlichkeiten, die verhängnisvolle Wirkung des im Anfall gesteigerten Blutdrucks bis zu einem gewissen Grade zum Ausdruck gelangt. In der Tat sind Herzmuskelentartungen, Herzhypertrophien und -dilatationen, endokarditische, perikarditische und ganz besonders allgemeine arteriosklerotische Veränderungen, wie schon *Weber* (Beiträge zur Pathogenese und pathologischen Anatomie der Epilepsie, Jena 1901) betont hat, ein recht häufiges Vorkommnis bei Epileptikern. Die oben erörterten Fälle eingeschlossen, wo solche Befunde direkt als Todesursachen in Anspruch zu nehmen waren, fanden sich organische Herz- und Gefäßaffektionen der erwähnten Art in den hiesigen Sektionsprotokollen im ganzen bei 397 Kranken = 73,4% beschrieben. Um welche Prozesse es sich dabei im einzelnen handelte, ist aus der Zusammenstellung in Tabelle IX zu ersehen. Selbstverständlich wiesen dieselben Individuen von den erwähnten Veränderungen vielfach eine ganze Reihe auf. Der Intensität nach zeigten sich dieselben in den verschiedenen Fällen großem Wechsel unterworfen. Namentlich die arteriosklerotischen Prozesse an den Gefäßen bestanden bald nur in leichtesten Verfettungen der Intima, bald war es zu hochgradigsten Verdickungen und zur Bildung von Geschwüren und Kalkplatten gekommen. Nur leichteste Veränderungen fanden sich bei 194 m. und 83 w., schwerste sklerotische Veränderungen dagegen bei



Tabelle IX: Herz- und Gefäßerkrankungen.

Art der Erkrankung	M.	W.	Sa.	Auf 100 Herz- und Gefäßkranke bezogen	Auf 100 überhaupt Gestorbene bezogen
Perikarditis	26	23	49	12,3 %	9,0 %
Hypertrophie, Fettherz, Herzmuskelerkrankung	225	107	332	83,6 %	61,4 %
Herzruptur	1	—	1	0,3 %	0,2 %
Arteriosklerose	258	103	361	90,9 %	66,7 %
Aneurysmaruptur	—	2	2	0,5 %	0,4 %
Klappenfehler	126	65	191	48,1 %	35,3 %
Zahl der mit Herz- und Gefäßaffektionen behafteten Kranken	263	134	397	—	73,4 %

64 m. und 20 w. Kranken. Am deutlichsten trat die Arteriosklerose in der Regel an den Herzgefäßen, d. h. an der Aorta und an den Koronararterien, hervor, nur in wenigen Fällen zeigten sich die basilaren Gehirngefäße scheinbar allein affiziert. Wo erheblichere Arteriosklerose vorlag, dehnte sich der Prozeß wohl stets über alle Gefäße aus und fanden sich daher Herz- und basilare Gehirngefäße zugleich betroffen. Atheromatose der Aortenbasis, der Koronargefäße und der großen Gehirnarterien zugleich lag vor bei 74 m. und 27 w., insgesamt bei 101 Kranken = 18,7% (bez. 25,4%), Atheromatose des Herzens allein bei 175 m. und 73 w., insgesamt bei 248 Kranken = 45,8% (bez. 62,5%), Atheromatose der basilaren Gehirngefäße allein bei 9 m. und 3 w., insgesamt bei 12 Kranken = 2,2% (bez. 3,0%), ein Ergebnis, das annähernd mit den von *Ganter* gewonnenen Zahlenwerten in Übereinstimmung steht.

Daß viele der zur Obduktion gelangten Kranken ebenso wie ein großer Teil der lebenden Anstaltinsassen die charakteristischen Hauteruptionen des Bromismus zeigten, daß sie nicht selten allerhand von chirurgischen Eingriffen oder von im Anfall akquirierten Verletzungen und Hautverbrennungen herrührende Narben und Wunden aufwiesen, bedarf keiner weiteren Ausführung. Die vorspringenden Partien des Körpers, insbesondere die Gegend der Superziliarbögen, der Stirn- und Schläfenbeinhöcker, der Protuberantia occipitalis externa, des Jochbeins, des Akromion, des Olekranon, des Kinns, der Nase usw. boten oft hypertrophische Wucherungen des Unterhautzellgewebes dar, als deren Ursache durch wiederholten Fall auf



die gleiche Stelle zustande gekommene Entzündungsvorgänge zu betrachten waren. Auch Residuen von im Anfall erfolgten Kontusionen, von Blutungen, von Schleimbeutelergüssen am Olekranon, von sonstigen traumatisch entstandenen Organveränderungen fanden sich nicht allzu selten, z. B. Hyperostosen, geheilte Frakturen und Kalluswucherungen, durch häufige Wiederholung irreponibel gewordene Luxationen im Schultergelenk u. ä. m.

Auch sonst lieferten die Autopsien oft noch Befunde, die Beachtung verdienten, aber kaum je Ergebnisse, die auf die Pathogenese des epileptischen Leidens und auf dessen Entstehungsort ein Licht zu werfen oder die wahrgenommenen Krankheitbilder restlos aus körperlichen Veränderungen zu erklären vermocht hätten. In der Literatur wird freilich nicht selten allen möglichen Befunden eine mehr oder minder große Wichtigkeit für die Entwicklung der epileptischen Krankheitzustände und für die Art der im Leben hervorgetretenen Krankheiterscheinungen beigemessen, ob mit Recht, muß jedoch bei der Wandelbarkeit und der fehlenden Konstanz der festgestellten Organveränderung einigermaßen bezweifelt werden. Die Besonderheiten, die sich in dem einen oder anderen Krankheitfalle etwa fanden, waren in der Regel wohl nur von sekundärer Bedeutung, insofern es sich um Residuen früherer Krankheitprozesse, um einfache anatomische Anomalien oder um ganz zufällig zustande gekommene und konstatierte krankhafte Veränderungen resp. um nebensächlichere Erscheinungen handelte, deren näherer oder entfernterer Zusammenhang mit dem epileptischen Leiden zum mindesten sehr unklar bleibt.

Degenerationszeichen sind bei unseren Kranken recht häufig zu finden gewesen. Bald handelte es sich um Anomalien, die die gesamte körperliche Entwicklung, bald um Abweichungen vom gewöhnlichen Bau und Aussehen, die nur einzelne Organe betrafen, bald um Mißbildungen und Entwicklungsstörungen. Genauere Ermittlungen würden gewiß ergeben haben, daß alle überhaupt schon beschriebenen „Degenerationszeichen" auch bei an genuiner Epilepsie Erkrankten vorkommen können. Konstant auftretende oder lediglich auf Epileptiker und auf bestimmte Organe sich beschränkende „Degenerationszeichen" findet man hier jedoch ebensowenig wie bei anderen „Gehirnkranken". Ihre Verwertung ist daher erschwert, wenn nicht völlig illusorisch: sie liefern keine Beiträge zur Erkenntnis



der eigentlichen Ursache, des Sitzes, des Wesens und des speziellen Charakters der epileptischen Krankheitsymptome, sondern können nur die Annahme stützen, daß die Epilepsie am häufigsten auf dem Boden einer allgemeinen somatischen Entartung erwächst.

Auch die gerade bei Epileptikern so häufigen Asymmetrien und sonstigen Besonderheiten am Schädel und am Zentralnervensystem vermögen das über die anatomischen Grundlagen der Epilepsie herrschende Dunkel nicht zu zerstreuen. Ihr etwaiges Vorhandensein kann uns über deren mutmaßlichen Zusammenhang mit dem epileptischen Krankheitzustande um so weniger Aufschluß gewähren, als sie bei den einzelnen Individuen nicht unerheblichem Wechsel unterliegen und bei anderen ganz ähnliche Krankheitsymptome aufweisenden Patienten in einem mindestens ebenso hohen Prozentsatz der Fälle überhaupt vermißt werden. Immerhin pflegen teils angeborene, teils traumatisch oder durch Rachitis und andere Krankheiten erworbene Unregelmäßigkeiten neben Exostosen, Impressionen und anderen Formveränderungen und Abnormitäten am äußeren Schädel nicht minder oft zur Wahrnehmung zu gelangen wie an der inneren Oberfläche des Kraniums und an dessen Basis. Auffällig oft, nämlich bei 154 m. und 101 w., insgesamt also bei 255 Kranken = 47,1% fand sich das Schädeldach verdickt, bei 41,9% (145 M., 82 W.) annähernd „normal", nur bei 30 m. und 21 w., insgesamt bei 51=9,4% Kranken, wird es als abnorm verdünnt bezeichnet. Ob die Vermutung *Ganters*, daß einem dünneren Schädeldache zumeist ein größeres und schwereres, einem dickeren Schädeldache dagegen ein kleineres und leichteres Gehirn entspreche, zu Recht besteht, erscheint mehr als zweifelhaft; die hier so häufigen erheblichen Verdickungen des Schädeldaches fanden sich bald bei größeren und schwereren, bald bei kleineren und leichteren Gehirnen und erklären sich vielleicht lediglich daraus, daß das epileptische Leiden, wie oben erörtert wurde, in der überwiegenden Mehrzahl aller Fälle in der Jugend zum Ausbruch gelangt und so Gelegenheit findet, das Wachstum und die sonstige Entwicklung des Schädeldaches maßgebend zu beeinflussen; erst nach Abschluß der Entwicklungszeit aufgetretene Krankheitprozesse dürften im allgemeinen wohl keinen Einfluß mehr auf die Gestaltung des Schädeldaches gewinnen, wie auch *Ganter* zugibt. Meist bestanden die verdickten Schädeldächer fast nur aus Compacta, die Spongiosa trat in



der Regel stark zurück. Die Gefäßfurchen an der Innenfläche zeigten sich bei fast allen Epileptikern ausnehmend deutlich, tief und reich entwickelt; ob sich hierin eine Wirkung der durch die Krampfanfälle herbeigeführten Zirkulationstörungen und Blutdrucksteigerungen zu erkennen gibt, möge dahingestellt bleiben. Selten bestand bei den hier zur Obduktion gelangten Kranken ausgesprochene Mikrozephalie, weitaus häufiger Makrozephalie resp. Hydrozephalie mäßigen Grades. Im übrigen waren die zur Beobachtung gelangten Schädelformen durchgehends zu wenig genau beschrieben, um weitergehende Schlüsse über deren besondere Beschaffenheit zu gestatten.

Einfache Deformitäten des Hinterhauptloches, wie sie *Solbrig* beschrieben hat, werden nur 2 mal, bei 1 m. und 1 w. Kranken, erwähnt. Auf den Fall von Karies der Halswirbelsäule, speziell des Atlas und Epistropheus, und auf die dadurch herbeigeführte Verengerung des Wirbelkanals bei einem 14½jährigen Mädchen wurde S. 837 bereits hingewiesen. Bei einem 21¼ Jahre alten Manne war es durch eine vom Dens epistrophei ausgehende knorpel- bis knochenharte Wucherung zu einer Kompression der Medulla gekommen. Fälle von Atlassynostosen, wie sie *Sommer* beschrieben hat, gelangten hier nicht zur Wahrnehmung.

Der Angabe *Schuppmanns*, daß die Schädelkapazität der Epileptiker im allgemeinen größer sei als normalerweise, scheint nach den hier gewonnenen Ergebnissen eine gewisse Berechtigung zuzukommen; doch bedürfte die Nachprüfung eingehender, sich auf ein großes Material erstreckende Messungen. Die Sektionsprotokolle lassen dergleichen Erhebungen vermissen, ebensowenig wie sie in der Mehrzahl der Fälle Angaben darüber enthalten, ob zwischen den beiden Gehirnhemisphären bei makroskopisch nicht hervortretenden gröberen Veränderungen Gewichtsungleichheiten bestanden, wie sie *Follet* bei allen Epileptikern konstatiert haben will (vgl. *Binswanger*). Wo einseitig grobe anatomische Veränderungen bestanden, sind Differenzen im Volumen und Gewicht beider Hemisphären natürlich nicht weiter verwunderlich; sie pflegten dann auch in den Berichten Erwähnung zu finden und mehr oder minder eingehend beschrieben zu werden.

Meynert hat beim epileptischen Irresein eine Abnahme des Gehirngewichtes festgestellt, während nach *Bucknill* und *Echieverra* das Gehirn der Epileptiker eine größere Schwere besitzt als normalerweise. In den 533 hier vorhandenen Sektionsprotokollen fehlten bei 40 m. und 25 w. Kranken Angaben über das Gewicht des Gehirns; es konnten daher nur von 468 epileptischen Kranken die Gehirngewichte registriert werden. Die gewonnenen Ergebnisse finden sich in Tabelle X zusammengestellt.



Tabelle X: Gehirngewichte.

Gehirngewicht in g	Alter								insgesamt		
	6—15 J.		15—20 J.		20—40 J.		über 40 J.				
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	Sa.
712—1000	2	1	1	3	1	8	1	2	5	14	19
1000—1200	6	4	2	4	14	22	15	29	37	59	96
1200—1250	1	3	3	3	11	17	12	7	27	30	57
1250—1300	2	—	3	1	9	18	10	9	24	28	52
1300—1350	2	—	4	—	21	7	17	7	44	14	58
1350—1400	—	1	2	3	24	9	7	6	33	19	52
1400—1450	—	—	4	—	23	3	14	5	41	8	49
1450—1500	—	—	2	—	13	—	14	3	29	3	32
1500—1550	2	—	—	—	12	1	3	1	17	2	19
1550—1600	—	—	—	—	10	1	4	—	14	1	15
1600—1650	—	—	1	—	5	—	5	—	11	—	11
1650—1700	—	—	—	—	1	1	—	—	1	1	2
über 1700	—	—	—	—	3	—	3	—	6	—	6
Summe	15	9	22	14	147	87	105	69	289	179	468
Durchschnitts-gewicht in g	1193	1123	1314	1167	1382	1219	1354	1234	1356	1221	1302
Durchschnittl. Körperlänge in cm	132	128	160	149	169	158	168	157	166	156	161

Darnach sind schwerere Gehirne unter den Epileptikern in der Tat nicht selten; wiesen doch immerhin 152 = 52,6 % m. und 34 = 19 % w. Kranke ein Gehirngewicht von mehr als 1350 g auf. Das Durchschnittsgewicht der 468 Epileptikergehirne überhaupt betrug freilich nur 1302 g; die durchschnittlich festgestellte Differenz zwischen dem Gewicht der m. und w. Gehirne betrug 135 g, und zwar zuungunsten der letzteren. Berücksichtigt man, daß das mittlere Gehirngewicht m. Europäer auf 1360 g, beim w. Geschlecht auf 1220 g angenommen wird, so ergibt sich, daß die bei den hiesigen Epileptikern gefundenen Durchschnittsgewichte von 1356 bzw. 1221 g annähernd den sonst ermittelten Durchschnittswerten entsprechen.

Auf die geistigen Qualitäten ihrer Träger ließen die ermittelten Gehirngewichte im übrigen keinen sicheren Rückschluß zu: annähernd gleichweit vorgeschrittene Demenz fand sich bald an kleinere und leichtere, bald an größere und schwerere Gehirne geknüpft. Bemerkt sei ausdrücklich, daß sämtliche Gewichte am unzerschnittenen Gehirne festgestellt wurden; der Gehalt an Zerebrospinalflüssigkeit ist also meist einbegriffen. Aus den Beschreibungen geht indessen so viel mit Sicherheit hervor, daß hochgradigerer Hydrocephalus internus

in nur ganz wenigen Fällen bestanden hatte; meist lag nur geringe oder mäßige Erweiterung der Seitenventrikel vor, während freilich Hydrocephalus externus und allgemeines Gehirnödem in vielen Fällen nicht unbeträchtlich gewesen zu sein scheinen. In den 19 Fällen mit Gehirngewichten von 712 bis 1000 g lag wohl ausnahmlos ein gewisser Grad von Mikrozephalie vor, während die schwereren Gehirne sich bei mehr oder minder deutlicher Makrozephalie fanden. Die schwersten überhaupt gefundenen Gehirne wogen zwischen 1720 und 1760 g; ausgenommen eine 36 Jahre alte Frau, die ein Gehirngewicht von 1680 g aufwies, zeigten lediglich Männer über 1600 g schwere Gehirne. Die Struktur ließ makroskopisch Abweichungen in der Regel nicht erkennen, doch war vielfach Zunahme der Bindesubstanz wahrscheinlich.

Der lebhafte Wunsch, für die klinisch hervortretenden Krankheiterscheinungen der Epilepsie ebenso wie für andere psychoneurotische „Gehirnaffektionen" charakteristische anatomische Veränderungen ausfindig zu machen, hat ganz besonders auch das Zentralnervensystem zum Zielpunkt eingehendster Untersuchungen werden lassen. Bekanntlich wurde auch hier schon allen möglichen Befunden eine Bedeutung für die Entstehung epileptischer Zustandbilder beigemessen: kongenitalen Gehirnmißbildungen, Windungsanomalien und sonstigen atypischen Formveränderungen; in frühester Kindheit oder später zustande gekommenen destruierenden Prozessen, porenzephalischen Defekten, zirkumskripten oder mehr diffusen Veränderungen an den Gehirnhäuten, Verdickungen, Verwachsungen. Trübungen derselben, vaskulären Störungen, intrakraniellen Hyperämien und Ödemen, Hämorrhagien, Hämatomen der Dura mater, Sinusthrombosen, Endarteriitis der Basilargefäße und ihrer Äste, Aneurysmen, durch Embolie, Thrombose, Traumen oder Entzündungen herbeigeführten Zerstörungen und Erweichungen, einseitig oder doppelseitig, begrenzt oder ausgedehnt aufgetretenen, oberflächlich oder tief gelegenen Indurationen und Hypertrophien, der tuberösen oder hypertrophischen Sklerose, allen möglichen in ihrer Lokalisation nicht minder wie in ihrer Größe, Form und Natur wechselnden Tumoren der Schädelhöhle usw. usw. Mit mehr oder minder großer Exaktheit fanden sich dergleichen Befunde nicht allzu selten auch in den hiesigen Sektionsprotokollen erwähnt; aber wenn einzelne Befunde auch

relativ oft erhoben wurden, so fehlte es doch durchaus an charakteristischen und konstanten anatomischen Veränderungen, und so blieben auch hier die Beziehungen zu den im Leben hervorgetretenen epileptischen Zuständen in der Regel durchaus zweifelhaft. Es seien daher die hauptsächlich hervorgetretenen Veränderungen am Gehirn und seinen Häuten nur kurz registriert, unter Einschluß der bereits bei Besprechung der Todesursachen erörterten Befunde.

Tabelle XI: Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute.

Erkrankung	M.	W.	Sa.	%
Entwicklungsstörungen, Mißbildungen, Rückbildungen, Defekte	68	42	110	20,3
Verwachsensein der Dura mater mit dem Schädeldach	93	67	160	29,6
Knochenplättchen	6	5	11	2,0
Sinusthrombose	4	3	7	1,3
Meningitis purulenta	2	1	3	0,5
Pachymeningitis haemorrhagica interna, Hämatom der Dura	77	51	128	23,6
Chronische Veränderungen an den weichen Häuten	211	136	347	64,1
Hydrocephalus internus oder externus	147	106	253	46,7
Erweiterung der Ventrikel	69	48	117	21,6
Granulationen	63	51	114	21,1
Gehirnhyperämie, Gehirnödem	244	113	357	66,0
Arteriosklerose	83	30	113	20,4
Blutungen	42	21	63	11,6
Encephalomalacie, Encephalitis non purul.	79	43	122	22,5
Tumoren	9	9	18	3,3

Auf Einzelheiten soll hier nicht näher eingegangen werden; nur einige wenige Bemerkungen seien beigefügt.

Ganz frei von krankhaften Befunden am Gehirn und seinen Häuten zeigte sich, wenn man von leichtesten Hyperämien und Ödemen absieht, nur höchstens etwa $^1/_3$ aller zur Obduktion gelangten Kranken. Besonders oft wurden, wie Tabelle XI erkennen läßt, außer Hyperämien und Ödemen Veränderungen an den Gehirnhäuten notiert. Die gefundenen Werte waren durchweg höher als bei *Ganter*. Dabei traten die krankhaften Veränderungen bald isoliert, bald einseitig, bald diffus, bald in leichterer, bald in schwererer Form hervor, nicht selten die verschiedensten Affektionen bei dem gleichen Individuum in buntester Mischung und Häufung.



Nur selten — in 2 % der Fälle — begegnete man kleinen dünnen Knochenplättchen, teils an der Konvexität der Dura mater, teils an den weichen Häuten, vorzugweise im Bereiche der Sichel. Ob sie auf Traumen oder auf Entzündungen oder auf Weiterentwicklung verlagerter Knochenkerne zurückzuführen waren, ließ sich mit Sicherheit nicht feststellen.

Ähnlich unklar blieb in der Regel die Entstehungsgeschichte der Verwachsungen zwischen Dura mater und Schädeldach, die sich im ganzen in 29,6 % Fällen fand, fast stets bei Leuten mittleren und höheren Alters, nur gelegentlich auch bei jugendlichen Personen.

Bei den entzündlich-hämorrhagischen Erscheinungen an der inneren Fläche der Dura handelte es sich meist um leichtere Prozesse, teils um einfache rostbraune membranöse Auflagerungen, teils um frischere Blutungen. Nur gelegentlich waren sie so massig entwickelt, daß sie Hirndrucksymptome hervorriefen und, wie wir sahen, als Todesursache in Betracht kamen. Die Gegend über dem Scheitellappen, sowie über der mittleren und hinteren Schädelgrube zeigte sich am häufigsten betroffen.

Die bei den Schädelbrüchen aus den zerrissenen Ästen der Arteria meningea erfolgten extraduralen Hämorrhagien fanden ebenso wie sonstige dabei zustande gekommene intrakranielle Blutungen und Gewebsläsionen hier keine Berücksichtigung weiter.

Schwächere und stärkere Trübungen, Verdickungen und ödematöse Entartungen der weichen Häute waren hier ein ungemein häufiges Vorkommnis, während Verwachsungen mit der Hirnrinde nur vereinzelt erwähnt werden. Die Intensität der Prozesse unterlag ebenso großem Wechsel, wie deren Ausbreitung und Lokalisation; mit Vorliebe zeigten sich stets die Umgebungen der größeren Gefäße von chronischer Leptomeningitis befallen.

Die Ansammlung von Flüssigkeit zwischen Dura mater und weichen Häuten war nicht selten recht bedeutend. Hydrocephalus internus dagegen pflegte nur da stärker hervorzutreten, wo erheblichere Erweiterungen der Ventrikel vorlagen. Daß das nur relativ selten der Fall war, daß die Erweiterung der Ventrikel in der Regel nur mäßige Grade erreichte, wurde oben bereits bemerkt. Mit der Erweiterung der Ventrikel fiel gewöhnlich auch deren Granulierung zusammen. Hydrocephalus internus, Erweiterung der Ventrikel und Ependymkörnung waren überhaupt meist gemeinsam vorhanden. Sehr oft fanden sich auch Hydrocephalus externus und ödematöse Entartung der weichen Häute zugleich vor, während sich allgemeines Gehirnödem teils für sich, teils mit Hydrocephalus zusammen zeigte.

Von den bei Schädelbrüchen entstandenen Blutungen abgesehen, stellten sich Gehirnhämorrhagien teils im Anschluß an schwere Krampfanfälle, teils im Anschluß an Schädelkontusionen, teils ohne bekannte äußere Veranlassung mehr oder minder spontan infolge von Arterio-



sklerose ein. Zwischen kleinsten punktförmigen Blutungen aus Miliaraneurysmen und hühnereigroßen hämorrhagischen Herden fanden sich alle Übergänge. Meist hatten sie ihren Sitz im Bereiche von Ästen der Arteria fossae Sylvii, vorwiegend links, gelegentlich auch in anderen Großhirnbezirken. Soweit sie direkt als Todesursache in Anspruch zu nehmen waren, wurden sie oben bereits eingehender berücksichtigt. Blutungen im Kleinhirn, in Pons und Medulla oblongata werden nicht erwähnt, wiederholt dagegen subarachnoideale Blutungen von wechselnder Lokalisation und Ausdehnung.

Enzephalitische Herde waren gleichfalls ein nicht seltener Befund. Auch sie hatten ihren Sitz meist in den Stammteilen, zum Teil aber auch in anderen Abschnitten des Gehirns. Sehr häufig fanden sie sich im Stirn- und Schläfenlappen, nicht allzu selten auch im Kleinhirn. Außer durch abgelaufene entzündliche Vorgänge dürften sie teils durch Traumen, teils durch Embolien und Thrombosen zustande gekommen sein. Ihre Ausdehnung überschritt kaum je die Größe einer Haselnuß. Durch Bildung zahlreicher kleiner Erweichungsherde nebeneinander kam zuweilen ein État criblé zustande, durch narbige Umwandlungen entstanden an der Gehirnoberfläche oft sogenannte Plaques jaunes.

Entwicklungshemmungen, Mißbildungen, Rückbildungen, angeborene und erworbene Gehirndefekte werden im ganzen 110 mal erwähnt = 20,3 %. Es handelte sich in diesen Fällen teils um partielle Hemmungen des Gehirnwachstums, teils um Mikrogyrie, um porenzephalische Gehirndefekte in der Umgebung der Zentralwindungen, um Atrophien und Sklerosen usw., die auf einzelne Abschnitte beschränkt blieben oder ausgedehntere Schrumpfungen und Verhärtungen des Gehirns herbeigeführt hatten. Scharfe Lokalisation vermißte man in der Regel, und selbst in den wenigen Fällen, wo sie für bestehende Hemiplegien und Kontrakturen — solche wiesen unter den Verstorbenen 7 männliche und 8 weibliche Kranke auf — die anatomische Ursache klarlegten, vermochten sie doch in keinem Falle über die sonst noch beobachteten allgemeinen epileptischen Krampfanfälle Licht zu verbreiten.

Die Sinusthrombosen waren stets bei allgemeinen Schwächezuständen zur Entwicklung gelangt, die eitrigen Hirnhautentzündungen schlossen sich an Thrombophlebitis der Hirnsinus, an vereiterte Hautwunden resp. an Gesichtserysipel an.

Die sonstigen Gehirnbefunde, insbesondere die Arteriosklerose der Basisgefäße, wurden oben zum Teil bereits eingehend gewürdigt. Soweit die zur Beobachtung gelangten Tumoren noch keine Erwähnung fanden, betrafen sie folgende Fälle: einen nach oben stark vaskularisierten, im Zentrum erweichten Tumor von graugelatinösem Aussehen im linken Schläfenlappen bei einem 35jährigen Manne; einen weichen, den dritten Ventrikel durchsetzenden blutreichen Tumor bei einem 39jährigen Manne; einen Solitärtuberkel im rechten Stirnlappen bei einem 50jährigen Manne;



multiple, zum Teil verkalkte Zystizerkenbläschen an der Großhirnrinde bei einem 42 und einem 52 Jahre alten Manne; ein Psammogliom in der rechten Großhirnhemisphäre bei einer 26 Jahre alten Frau; eine haselnußgroße Zystizerkusblase am verlängerten Mark bei einer 27jährigen Frau; eine gummiartig sich anfühlende, derbe, homogen rötlich grau gefärbte Geschwulst bei einer 29 Jahre alten Frau, die sich links unterhalb des Nucleus caudatus und Thalamus opticus in sagittaler Richtung bis in den Gyrus occipito-temporalis erstreckte; einen stellenweise von Pia überzogenen, aus weißlichen, krümligen, perlmutterglänzenden Massen bestehenden Tumor bei einer 58jährigen Frau, der sich durch den Schläfenlappen bis in den rechten Ventrikel verfolgen ließ; schließlich noch einen Fall von tuberöser Sklerose bei einer 39½ Jahre alten Frau. Von etwa vorhanden gewesenem Adenoma sebaceum wird hier im Gegensatz zu dem oben bereits erwähnten Falle nichts berichtet; doch ließ der im übrigen so charakteristische Befund zahlreicher bohnengroßer, derber Geschwülstchen an der Großhirnrinde und am Boden der Seitenventrikel, sowie derber, gelblich gefärbter Tumoren im Herzfleisch des linken Ventrikels und in beiden Nieren kaum einen Zweifel an der Diagnose zu. In der Umgebung der Geschwülste fand sich das Gewebe bald erweicht, bald sklerosiert, bald annähernd normal.

Wiederholt wird auch von Vergrößerungen der Hypophysis cerebri, in einem Falle selbst von „Exulzeration der Glandula pituitaria" berichtet; doch stehen solche Angaben in den Sektionsprotokollen zu vereinzelt da, um ihnen größere Bedeutung beimessen zu können.

Fassen wir die angestellten Erörterungen zum Schluß kurz zusammen, so führten sie in der Hauptsache zu folgenden Ergebnissen:

1. Die Sterblichkeit der Epileptiker übersteigt nicht wesentlich die Sterblichkeit in der Gesamtbevölkerung; sie belief sich in der hiesigen Anstalt nach dem Jahresdurchschnitt 1891—1911 auf etwa 3,5% des Krankenbestandes.

2. Wenn die Lebensgefahr für die Epileptiker an sich auch nicht groß ist, so sind sie durch ihr Leiden doch oft Gefahren ausgesetzt, in der Außenwelt freilich öfter als in der Anstalt; der Aufenthalt in der Anstalt wirkt im allgemeinen schützend und konservierend.

3. Daß bestimmte Alterstufen lediglich durch das epileptische Leiden in stärkerem Maße Lebensbedrohungen ausgesetzt wären, ließ sich nicht feststellen; die Gefahren sind für alle Alterstufen annähernd gleich. Wie in der Gesamtbevölkerung wächst die Sterblichkeitsziffer im allgemeinen mit dem zunehmenden Alter.

4. Die größten Gefahren drohen dem Epileptiker aus Krampf-



anfällen. Von den hier eingetretenen Todesfällen standen 63,4% in Zusammenhang mit epileptischen Zuständen. Außer Status epilepticus resp. Coma epilepticum (21,6%) wirkten besonders gefährlich: eintretende Herzstörung (14,4%), sich entwickelnde entzündliche Lungenaffektionen (11,1%), Unglücksfälle und schwere Verletzungen (7,0%). Im übrigen zeigten sich die Epileptiker, wie die obigen Erörterungen ergaben, keinen größeren Lebensbedrohungen ausgesetzt, als andere „Gehirnkranke" auch. Speziell die Tuberkulose und akute fieberhafte Infektionskrankheiten forderten unter ihnen nicht häufiger ihre Opfer wie sonst. Einem schweren Anfalle direkt erlagen 8,5%; doch wurden von diesen Fällen nur 4 = 0,7% nicht genügend durch die Sektion aufgeklärt; alle übrigen waren durch ein pathologisch-anatomisch nachweisbares Leiden, bez. durch Asphyxie bedingt. Selbstmord ließ sich auch in der Anstalt nicht immer verhüten.

5. Die Sektionen Epileptischer liefern manche beachtenswerten Befunde, aber keine, die auf die Pathogenese und auf den Sitz der im Leben hervorgetretenen Krankheiterscheinungen ein Licht zu werfen vermöchten. Die Einzelheiten ergeben sich aus den obigen Darlegungen selbst.

Literatur.

Binswanger, Die Epilepsie. 1899. — Artikel „Epilepsie" in Eulenburgs Realenzyklopädie der ges. Heilk. 3. Aufl.

Féré, Die Epilepsie. Übers. von Ebers. Leipzig 1896.

Gowers, Epilepsie. 2. Aufl. Deutsch von Weiß. 1902.

Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 4. Aufl. Berlin 1905.

Köhler, Die Lebensdauer der Epileptiker. Allg. Ztschr. f. Psych. 1887, Bd. 43, S. 431.

Brehm, Über die Todesfälle und Sektionsbefunde der Zürcherischen kantonalen Irrenheilanstalt Burghölzli vom 17. März 1879 bis 17. März 1896. Ebenda 1898. Bd. 54, S. 373.

Heimann, Die Todesursachen der Geisteskranken. Ebenda 1900. Bd. 57, S. 520.

Habermaas, Über die Prognose der Epilepsie. Ebenda 1901. Bd. 58, S. 243.

Ganter, Über die Beschaffenheit des Schädeldaches und über einige innere Degenerationszeichen — Über die Todesursachen und andere pathologisch-anatomische Befunde bei Geisteskranken. Ebenda 1908 und 1909. Bd. 65, S. 916; Bd. 66, S. 460.

Fischer, Die chirurgischen Ereignisse in den Anfällen der genuinen Epilepsie. Arch. f. Psych. 1903, Bd. 36.

Jahresberichte des Königl. Sächs. Landes-Medizinal-Kollegiums 1891ff. Abschnitt „Irrenwesen".

Beitrag zur Frage der Fähigkeit, seinen Aufenthaltsort selbst zu bestimmen.

Von

Oberarzt Dr. **Schott**, leitendem Arzt der Heil- und Pflegeanstalt **Stetten** i. R.

Die isolierte Beurteilung der Fähigkeit, den Aufenthaltsort selbst zu bestimmen, wird nicht gerade häufig zu den Aufgaben des Irrenarztes gehören. Wegen der prinzipiellen Bedeutung der im Gesetz vertretenen Anschauung ist es berechtigt, einen hierher gehörigen Fall aufzuführen.

Es handelt sich hierbei um den Streit zweier Ortsarmenbehörden, betreffend die Ersatzforderung für Verpflegung des N. im Spital zu E. für die Zeit vom 27. November bis 6. Dezember 1911. Die in Betracht kommende Summe beläuft sich auf 12,60 Mark. N. befand sich vom 22. April 1902 bis 17. Juli 1910 in hiesiger Anstalt. Er ist am 10. Oktober 1893 geboren. Der Vater ist Potator, die Mutter leidet an tertiärer Lues. N. zeigte schon in früher Jugend eine geistige Schwäche, welche ihm den erfolgreichen Besuch der Volksschule unmöglich machte und die Überführung in die Anstalt bedingte. In der Anstaltschule konnten nur geringe Fortschritte erzielt werden. Schon frühzeitig traten starke sittliche Mängel störend in Erscheinung und spotteten erzieherischer Beeinflussung. Sachbeschädigung und Diebstahl kamen des öfteren vor. Auch im Praktischen, z. B. in der Korbmacherei, leistete N. fast nichts. In seinem Wesen war er heimtückisch und meist unzufrieden, daneben in allem flatterhaft und unbeständig, so daß seine Rückkehr in das Leben für absehbare Zeit nicht ratsam erschien, zumal im Hinblick auf die ungünstigen Verhältnisse im Elternhause. Am 16. Juli 1911 entwich N. aus der Anstalt, wurde am anderen Tage vom Vater zurückgeführt mit der Erklärung, seinen Sohn nunmehr wieder nach Hause zu nehmen. In der Folgezeit scheint N. vagabundierend nach E. gekommen und dort für einige Tage spitalbedürftig geworden zu sein.

Auf Ersuchen der Ortsarmenbehörde E. wurde nachfolgendes Gutachten hinsichtlich der Anstaltbedürftigkeit des N. abgegeben:



„P. N., geb. 10. Oktober 1893 zu G., ist vom 22. April 1902 bis 17. Juli 1910 wegen Schwachsinns mittleren Grades hier untergebracht gewesen. N. hat sich in der Anstaltschule nur geringe Kenntnisse angeeignet und schon frühzeitig starke sittliche Mängel erkennen lassen. Diese Mängel zu beseitigen, ist der Anstalterziehung nicht geglückt. Fälle von Diebstahl und Sachbeschädigung kamen des öfteren vor. In seinem Wesen war N. vielfach frech und widersetzlich; Strafen waren ohne nachhaltige Wirkung. Später wurde N. in der Korbmacherei beschäftigt; dort standen den Leistungen Trägheit und Flatterhaftigkeit des N. hemmend im Wege. Am 16. Juli 1910 entwich N. aus der Anstalt. Der Vater brachte ihn zurück, kündigte aber gleichzeitig seinen unweigerlichen Entschluß an, es mit dem Kranken zu Hause zu versuchen. Demzufolge schied N. ungebessert, gegen ärztlichen Rat, aus der Anstalt aus. In der Folgezeit sind mancherlei Klagen, auch vom Vater selbst, über N. eingelaufen. Die geistige Schwäche und die sittliche Mangelhaftigkeit des N. sind so hochgradig, daß von einer freien Willensbestimmung des Kranken keine Rede sein kann. N. wird infolge seiner krankhaften Eigenschaften und Mängel nicht in der Lage sein, außerhalb der Anstalt sich ohne Störung der Rechtssicherheit und des Gemeinwohls zu halten und durchzubringen.

N. bedarf nach ärztlichem Ermessen bis auf weiteres der Unterbringung in einer Anstalt."

Die Ortsarmenbehörde G. weist die Ersatzansprüche der Ortsarmenbehörde E., welche sich darauf stützen, daß N. beim Eintritt der Hilfsbedürftigkeit und seit dem Austritt aus der Anstalt in der freien Willensbestimmung behindert gewesen sei und daher den Unterstützungswohnsitz in G. nicht habe verlieren können, zurück unter folgender Ausführung: Der Einwand, daß N. seit dem Austritt aus der Anstalt in der freien Willensbestimmung behindert gewesen sei und er dadurch keinen Unterstützungswohnsitz habe erlangen können, wird zurückgewiesen. Aus dem ärztlichen Zeugnis geht hervor, daß N. ein sittlich verkommener, geistesschwacher Mensch ist. Dr. S. kommt zu dem Schluß, die geistige Schwäche und die sittliche Mangelhaftigkeit des N. seien so hochgradig, daß von einer freien Willensbestimmung des N. keine Rede sei, und daß N. infolge seiner krankhaften Eigenschaften und Mängel nicht in der Lage sei, außerhalb der Anstalt sich ohne Störung der Rechtssicherheit und des Gemeinwohls zu halten und durchzubringen.

Demgegenüber ist die Ortsarmenbehörde G. der Ansicht, daß für die freie Willensbestimmung die sittliche Verkommenheit des N. gar nicht in Betracht kommt, auch nicht, ob er sich mit ehrlichen oder unehrlichen Mitteln durch das Leben bringt, sondern einzig und allein die Fähigkeit, seinen Aufenthaltsort selbst zu bestimmen. Daß N. diese Fähigkeit besitzt, beweist in erster Linie sein Durchgang aus der Anstalt, ferner folgende von der Ortsarmenbehörde G. festgestellten



Tatsachen: Bei seinen Eltern in C. wohnte N. vom 17. Juli 1910 bis 26. November 1910, von da ab bis 17. Dezember 1910 im Jugendheim in C., dann wieder bis 6. Juli 1911 bei seinen Eltern. Am 6. Juli 1911 ging N. auf die Wanderschaft. Gearbeitet hat N. in dieser Zeit mit kurzen Unterbrechungen bei verschiedenen Werkmeistern in C. als Bautaglöhner und verdiente täglich 4—4,20 Mark. Mit einem solchen Verdienst war er auch ganz gut in der Lage, sich selbst zu ernähren und für sein Fortkommen zu sorgen.

Aus diesen Tatsachen geht nach Ansicht der Ortsarmenbehörde G. deutlich hervor, daß N. trotz seiner geistigen Schwäche seinen Aufenthalt mehreremal selbständig gewechselt hat, so daß die freie Selbstbestimmung bei der Wahl seines Aufenthaltsorts zur Genüge bewiesen ist.

Als weiterer Beweis hierfür darf sodann wohl auch noch der Umstand anzusehen sein, daß N., so viel bekannt, jetzt noch fortgesetzt auswärts in Arbeit steht und für seinen Lebensunterhalt zu sorgen vermag.

Unter diesen Umständen konnte die Ortsarmenbehörde G. den Anspruch der Ortsarmenbehörde E. nicht anerkennen.

Bevor wir von psychiatrischen Gesichtspunkten die Streitfrage beleuchten, ist es unerläßlich, auf die bestehenden gesetzlichen Vorschriften und ihre Auslegung hinzuweisen.

§ 12 des Reichsgesetzes über den Unterstützungswohnsitz vom 6. Juni 1870 in der Fassung vom 12. März 1894 lautet: Wird der Aufenthalt unter Umständen begonnen, durch welche die Annahme der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsorts ausgeschlossen wird, so beginnt der Lauf der zweijährigen Frist erst mit dem Tage, an welchem diese Umstände aufgehört haben. Treten solche Umstände erst nach Beginn des Aufenthalts ein, so ruht während ihrer Dauer der Lauf der zweijährigen Frist.

Nach *G. Eger*[1] hindert der Mangel eines vernünftigen Willens unstreitig die freie Selbstbestimmung (ebenso *Rocholl*[2] S. 82 und *Arnold*[3] S. 196—198); jedoch könne der Begriff der Willensunfähigkeit nicht streng im Sinne des Privatrechts der einzelnen Bundesstaaten aufgefaßt werden. Es komme lediglich auf die Beurteilung des konkreten Falles an, ob die Geistestätigkeit derartig gestört ist, daß sie einen Mangel der freien Selbstbestimmung in sich schließt. Die Feststellung der Geisteskrankheit und des Grades der durch sie beeinträchtigten Willensstörung unterliege der Kompetenz und freien Beurteilung der armenrechtlichen Spruchbehörden.

So hat sich das Bundesamt lediglich nach Maßgabe der im armenrechtlichen Streitverfahren erfolgten Beweisaufnahme in mehreren Fällen dafür ausgesprochen, daß ein die freie Selbstbestimmung ausschließender Zustand geistiger Krankheit vorhanden sei. In mehreren Fällen ist vom Bundesamt nach Prüfung des konkreten Falles verneint



worden, daß aus einem gewissen Zustande geistiger Schwäche der Mangel freier Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsorts zu folgern sei. Aus einem, wenn auch großen Grade geistiger Beschränktheit oder Geistesschwäche könne ebensowenig wie aus nur periodischem Auftreten von Irrsinnsanfällen ohne weiteres der Einwand hergeleitet werden, daß die betreffende Person der freien Selbstbestimmung und damit der Fähigkeit, selbständig einen Unterstützungswohnsitz zu erwerben, entbehrt habe.

Auch daraus, daß jemand an Wahnvorstellungen und an Melancholie gelitten habe, sei nicht ohne weiteres zu folgern, daß er der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsorts beraubt gewesen sei (4, 5, 7, 8, 9 u. 10). Die Geisteskrankheit muß also so beschaffen sein, daß der Kranke der Fähigkeit, seinen Aufenthaltsort nach freier Selbstbestimmung zu wählen, tatsächlich beraubt ist (4, 7 u. 8).

Die zur Entscheidung einer Armenstreitsache berufenen Spruchbehörden haben die Frage, ob in dem vorliegenden Falle die freie Selbstbestimmung in der erwähnten Richtung ausgeschlossen war, selbständiger Prüfung zu unterziehen, bei der sie nach *Scharpff*[6] an den Ausspruch der Sachverständigen oder Zeugen usw. nicht unbedingt gebunden sind (4, 7 u. 9).

Auch kommt für sich allein nicht in Betracht, ob eine Person wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche entmündigt ist (4, 8 u. 10); doch hat nach *Scharpff*[6] andererseits die wirtschaftliche Selbständigkeit einer Person nicht notwendig zur Folge, daß freie Selbstbestimmung anzuerkennen ist, z. B. bei einem beurlaubten Geisteskranken (11).

Aus dem Aufgeführten ergibt sich ohne weiteres, daß die Fähigkeit der freien Selbstbestimmung des Aufenthaltsortes im Gesetz als ein besonderes geistiges Vermögen angesehen wird und nach der bestehenden rechtlichen Handhabung auch von seiten des Sachverständigen entsprechend beurteilt werden muß. Weder irgend eine Form der Geisteskrankheit oder der geistigen Schwäche noch die Tatsache der Pflegschaft oder Entmündigung, endlich auch nicht der Begriff der Anstaltbedürftigkeit genügen an sich zur Bejahung oder Verneinung der hier in Betracht kommenden Frage. Daß eine so isoliert hervorgehobene geistige Fähigkeit ausschließlicher Begutachtung unterzogen wird, entspricht nicht den Grundsätzen irrenärztlicher Beurteilung. Die im Gesetz und seinen Auslegungen sowie Ausführungsbestimmungen enthaltenen Ansichten werden vielfach der psychiatrischen Auffassung zuwiderlaufen. Es wäre deshalb von Wert, wenn noch ähnliche Gutachtenfälle zur Veröffentlichung kämen,

um durch eine Zusammenstellung der veröffentlichten Fälle eine gewisse Richtlinie für den irrenärztlichen Gutachter zu schaffen. Da die armenrechtlichen Behörden vollkommen frei in ihren Entschließungen sind, so werden vermutlich überhaupt nicht viele Fälle der irrenärztlichen Begutachtung unterstanden haben. Der vorliegende Fall lehrt außerdem, daß die das Gutachten einverlangende Behörde sich möglichst präzise darüber ausdrücken muß, was begutachtet werden soll; ferner ist es durchaus notwendig, daß dem Gutachter gleichzeitig Hinweise auf die in Betracht kommenden Gesetzesparagraphen sowie ihre Auslegung und Ausführungsbestimmungen an die Hand gegeben werden. Die Befolgung dieses Grundsatzes wird mancherlei Mißverständnissen vorbeugen und beiden Teilen die Arbeit erleichtern. In unserem Falle wäre die zutreffende Stellungnahme dann sofort gesichert gewesen.

Eine weitere Verfolgung der Rechtsangelegenheit von seiten der Ortsarmenbehörde E. wurde unterlassen, nachdem Verf. unter Zugrundelegung der Erhebungen durch die Ortsarmenbehörde G. und gestützt auf die Gesetzesbestimmungen folgende gutachtliche Äußerung abgegeben hatte: „Nach Einsichtnahme des Standpunktes der Ortsarmenbehörde G. und nach Studium von *Scharpff* und *Eger* hält der Unterzeichnete zwar noch N. für anstaltbedürftig, vermag aber nicht — unter Voraussetzung der Richtigkeit der gemachten Erhebungen — die Fähigkeit des N., seinen Aufenthaltsort selbst zu bestimmen (im Sinne des Unterst.-Wohns.-Ges.), zu bestreiten."

Literatur.

1. Dr. jur. *G. Eger*, Das Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz usw. Breslau, J. U. Kerns Verlag.
2. *C. Rocholl*, System des deutschen Armenpflegerechts. Berlin 1873.
3. *Arnold*-Berlin, Kommentare z. Unterst.-Wohns.-Ges. 1872.
4. Entscheidungen des Bundesamtes für das Heimatwesen. H. III, 35 — VI, 4 — VII, 6 — VIII, 19 — VIII, 22 — XIII, 8 u. 10 — XV, 3 — XVI, 8 — XIX, 13 — XXII, 5 — XXIII, 11 u. 13 — XXV, 2, 4 u. 7 — XXXVI, 11.
5. Bad. Verwaltungsgerichtshof vom 2. Mai 1876 in Ztschr. f. Bad. Verw. 1876, S. 220.
6. *R. Scharpff*, Handbuch des Armenrechts. II. Aufl. Stuttgart 1909.
7. Württemb. Archiv für Recht und Rechtsverwaltung. Stuttgart 1858/81. Bd. 20, 242 — Bd. 22, 165 — Bd. 20, 207 — Bd. 19, 389.
8. Entscheidungen der Gerichte und Verwaltungsbehörden, herausgegeben von *Reger*-München. Beck. I, 254 — II, 136 — XIII, 89.



9. Württemb. Verwaltungsgerichtshof — 30. November 1878 — 10. Juli 1878.
10. *Wielandt*, Rechtspflege des Bad. Verwaltungsgerichtshofes 1864 bis 1890.
11. Sächs. Oberverwaltungsgerichtshof I, 146.
12. *Seydel*, Das Reichsarmenrecht in den Annalen 1877.
13. *Roscher*, System der Armenpolitik. 1894.
14. *Arnoldt*, Freizügigkeit und Unterstützungswohnsitz. Berlin 1892.



Eine Hysterie-Analyse und ihre Lehren.[1])

Von

Oberarzt Dr. **Bruno Saaler.**

Die Analyse, die ich mitteilen will, macht weder Anspruch darauf, als „Psychoanalyse" zu gelten, noch will sie es sein. Es hatte anfangs nicht einmal die Absicht bestanden, eine Analysierung der Erkrankung im *Freud*schen Sinne vorzunehmen. Erst nachdem durch die Aufdringlichkeit und Durchsichtigkeit gewisser Symptome der Verdacht einer sexuellen Grundlage wachgerufen war, und nachdem die Kranke die auf Grund *Freud*scher Theorien gemachten Schlußfolgerungen als mit den Tatsachen übereinstimmend bezeichnet hatte, sah ich mich veranlaßt, die vita sexualis der Kranken und ihre Beziehungen zur Neurose näher ins Auge zu fassen. Die *Freud*sche Methodik, die durch ihre Willkür in der Einschätzung von „Widerständen" wohl mit am meisten zur Diskreditierung der Lehre beigetragen hat (*Isserlin*[2]) bezeichnet die Methodik als eine völlige Verkehrung aller wissenschaftlichen Maximen), kam dabei nicht in Anwendung. Auch widerstand ich, wie ich glaube, erfolgreich der Versuchung, eine Interpretation anzunehmen, deren Richtigkeit nicht über jeden Zweifel erhaben war. Das Resultat, zu dem ich gelangt bin, wird daher wohl den Psychoanalytiker nicht zufriedenstellen. Daran liegt mir nichts; wohl aber daran, zu zeigen, daß zum Verständnis gewisser hysterischer Erkrankungen die *Freud*sche Lehre in der Tat unentbehrlich ist. Für diesen Zweck ist der vorliegende Fall aus dem Grunde außerordentlich geeignet, weil die kindliche Psyche der Patientin, die trotz ihrer 20 Jahre intellektuell das Bild eines geistig geweckten 10—12jährigen

[1]) Aus dem Sanatorium „Fichtenhof" in Schlachtensee. Leitender Arzt: Prof. Dr. *Boedeker.*

[2]) *Isserlin,* Die psycho-analytische Methode *Freuds.* Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. I, H. 1.



Kindes repräsentierte, mit denkbar einfachen Mitteln arbeitete. Ich gehe wohl nicht zu weit, wenn ich behaupte, daß es unmöglich war, den Fall zu beobachten und dabei die Tätigkeit *Freud*scher Mechanismen zu übersehen. So gelang es denn auch ohne Schwierigkeit, zu den biologischen Wurzeln der Neurose vorzudringen, die mit einer — wie ich glaube — seltenen Klarheit enthüllt werden.

Es sei mir gestattet, die wichtigsten Punkte, die aus der Beobachtung des Falles resultieren, der Mitteilung der Krankengeschichte vorauszuschicken:

1. Die Neurose ist die Folge des Versuchs, eine sexuelle Perversion zugunsten normaler sexueller Betätigung aufzugeben.

2. Die Neurose ist das Negativ der Perversion:

a) Der an die verdrängte sexuelle Begehrungsvorstellung geknüpfte Affekt wird in das Gegenteil verwandelt (Angst statt Lust), während die verdrängte Vorstellung selbst unter Zuhilfenahme der Symbolik in einen anderen Vorstellungskomplex konvertiert wird (Entstehung der Angstvorstellung).

b) Die körperlichen Symptome sind in der Hauptsache die Folge von Innervationen, die sich antagonistisch verhalten zu denen, die eine Rolle gespielt hätten, wenn die sexuelle Begehrungsvorstellung nicht verdrängt worden wäre (z. B. Erhöhung eines physiologischen Spasmus anstatt Lösung desselben).

3. Die Analyse liefert den Beweis für die Existenz einer infantilen Sexualität, auf deren Boden die Perversion des Geschlechtstriebes entsteht („Pervers sein heißt nicht pervers geworden, sondern pervers geblieben").

4. Sie macht wahrscheinlich, daß die infantile Sexualität der männlichen Komponente der bisexuellen Anlage des Menschen entspricht.

5. Charakteristische Sensibilitätstörungen rechtfertigen den Schluß, daß Sexualzentren im Gehirn tatsächlich existieren, und deuten auf die Möglichkeit hin, daß beim Weibe ein mit vorwiegend männlichen Sexualeigenschaften ausgestattetes Zentrum auf der rechten und eines mit vorwiegend weiblichen auf der linken Hirnhemisphäre angelegt ist. Das linke gelangte hiernach normalerweise erst in der Pubertät zur vollen Entwicklung, löste das rechte gewissermaßen ab, welches dann andere Funktionen erhielte.



6. Die Krankengeschichte stützt die *Fließ*schen Lehren von der 28 und 23 tägigen Periodizität des biologischen Geschehens, indem sie es wahrscheinlich macht, daß die Tätigkeit der Sexualzentren der genannten Periodizität untertan ist.

7. Sie bringt den Nachweis für die Richtigkeit der *Fließ*schen Theorie von dem Zusammenhang von Nase und Geschlechtsorgan.

Am 6. Dezember 1911 wurde die 20 Jahre alte, den wohlhabenden Ständen angehörende, verehelichte Maria B. in die Anstalt aufgenommen. Über die Vorgeschichte machte der sie begleitende Hausarzt folgende Angaben:

Referent kennt die Patientin erst, seitdem sie in A. wohnt, d. h. seit etwa 2½ Monaten. Eltern beide nervös. Sie verheiratete sich zu dieser Zeit mit dem Gutsbesitzer in A., mit dem Ref. persönlich gut bekannt ist. Im Frühjahr 1909 soll Pat. von einer Leiter gestürzt sein und sich dabei eine Verletzung im Unterleib zugezogen haben. Sie blieb einige Monate zu Hause, soll Fieber gehabt haben, wurde dann im Spätsommer 1909 auf ¼ Jahr nach einem Badeort geschickt, war vermutlich schon damals hochgradig nervös. Nach ¼ Jahr wurde sie aus dem Pensionat dort als angeblich geheilt entlassen. Die Beschwerden fingen jedoch zu Hause gleich wieder an, bestanden hauptsächlich aus Schmerzen im Unterleib. Sie machte gleichwohl in Leipzig sehr viel Vergnügungen mit, tanzte usw. Die Menstruation war seitdem unregelmäßig, blieb mitunter monatelang ganz aus. Nach der Verheiratung ging es der Patientin zunächst ganz gut. Vor etwa 14 Tagen war sie mit ihrem Gatten beim Referenten zu Tisch, saß neben dem Referenten, wurde während des Essens blaß, stocherte im Essen herum, klagte über Schmerzen im Unterleib, beruhigte sich aber nach entsprechendem Zuspruch usw. Ein paar Tage darauf klagte sie abermals über Schmerzen. Die Untersuchung durch den Ref. und durch einen Frauenarzt ergab lediglich eine Retroflexio und leichte narbige Verdickung im linken Parametrium. Nachdem der Patientin eröffnet worden war, daß nichts besonderes zu finden sei, traten die ersten schweren hysterischen Anfälle auf. Diese charakterisierten sich dadurch, daß die Kranke offensichtlich ängstlich wurde, umhertobte und heulte, sich herumwarf, gelegentlich sich aus dem Fenster stürzen zu wollen schien, den sie verfolgenden Arzt (siehe unten) sah, angeblich auch sprechen hörte. Sie war Suggestion insofern zugänglich, als sie ausfahrende Bewegungen in den Extremitäten machte, als man in der Umgebung das Bevorstehen derartiger Bewegungen besprach. Pat. wurde auch, abgesehen von diesen Anfällen, unruhig, war absolut schlaflos trotz Brom (6 gr. pro die), Veronal, Bromidia usw. Vor Jahren war Patientin mit einem älteren Mediziner verlobt. Die Verlobung ging auf ihren Anlaß zurück, vermutlich weil ihr Bräutigam kein Staatsexamen machte. Letzterer soll ihr dann (angeblich schriftlich) mitgeteilt haben,



er werde, falls sie sich mit einem anderen verheirate, sie erst eine Zeitlang in Ruhe lassen, dann aber beide umbringen. Dieser frühere Bräutigam spielt in den Anfällen, wie es scheint, die einzige Rolle. Sie quälte den Ref. mit diesen Vorstellungen derartig, daß diesem nichts übrig blieb als sie zu versichern, sein Assistent sei nach Leipzig gereist, um jenen unschädlich zu machen. Wesentlich geholfen hat diese Versicherung bisher nicht; die Pat. wurde vielmehr von Tag zu Tag schlechter. Die Ehe war im übrigen glücklich. Andere ursächliche Momente sollen fehlen. Pat. leidet seit 1909 an hartnäckiger Stuhlverstopfung, gegen die nur Eingießungen halfen, die zuletzt täglich gemacht wurden.

Die Eltern der Pat. leben in Leipzig, sollen beide nervös sein. Sie erzogen ihre Tochter ganz als modernes Kind, d. h. sie machte sehr viel Vergnügungen usw. mit. Soll sich übrigens bereits hinter dem Rücken der Mutter Veronal verschafft haben.

Bei der Aufnahme ängstlich erregt, weint und schreit laut, erhält subkutan Morfin-Hyoscin.

7. XII. Status praesens:

Die Kranke ist eine kindlich aussehende kleine Frau von grazilem Körperbau, blassem Aussehen, in reduziertem Ernährungszustand. Die Wangen sind eingefallen. Der Gesamteindruck ist der einer schwer Leidenden. Das Körpergewicht beträgt 95 Pfund.

Der Kopf ist dem kindlichen Habitus entsprechend sehr klein, der Gaumen ist schmal und steil, der Oberkiefer leicht prognat. Die Ohrläppchen sind angewachsen.

Herz und Lungen o. B.

Der Leib ist überall etwas druckempfindlich. Im linken Hypogastrium wird Druck sehr schmerzhaft empfunden.

Der Urin ist frei von Eiweiß und Zucker.

Die Pupillen sind ungleich (Pat. gibt an, daß die Weite der Pupillen häufig wechselt). Licht und Konvergenz-Reaktion prompt.

Kniesehnen- und Achillessehnenreflexe gesteigert.

Patellar- und Fußklonus ist beiderseits leicht auszulösen.

Die Haut- und Schleimhautreflexe fehlen völlig. Die Sensibilität und Schmerzempfindung ist am ganzen Körper erloschen bis auf die Nasenschleimhaut, die normal empfindlich ist. Auch der Temperatursinn ist erheblich gestört, während der faradische Strom überall normale Reaktion auslöst.

Gehen und Stehen ist ganz unmöglich (Astasie, Abasie).

Die Blase funktioniert mangelhaft.

Pat. hustet fortwährend, obwohl keinerlei katarrhalische Erscheinungen nachweisbar sind. Beim Entblößen der Beine steigert sich der Husten zu einem förmlich beängstigenden Anfall.

Sie ist orientiert und besonnen und antwortet auf Fragen geordnet. Sie gibt an, vor drei Jahren einmal einen ähnlichen Husten gehabt zu

haben wie jetzt. (Wiederholt darüber befragt sagt sie, sie wisse nicht mehr genau, wann es gewesen sei; schließlich will sie sich genau darauf besinnen, daß es vor 2 Jahren war. Sie habe sich sogar deswegen in ärztliche Behandlung begeben; der Arzt habe eine Erkältung festgestellt.)

Ihre jetzige Erkrankung datiert von dem Tage nach der Hochzeit. Sie befand sich auf der Hochzeitreise in München und mußte wegen starker Schmerzen auf der linken Seite des Leibes 10 Tage zu Bett bleiben. Wegen der Blasenlähmung, die sich gleichzeitig einstellte, ist sie mehrfach katheterisiert worden. Zu Hause, wohin sie, ohne die Hochzeitreise fortzusetzen, von München aus zurückkehrte, ging es zunächst besser, die Leibschmerzen verloren sich (bis zu einem bestimmten Grade bestanden sie allerdings dauernd). Katheterismus war nicht mehr nötig. Dann kamen die Schmerzen wieder, waren zunächst mehr oder weniger stark und steigerten sich am 21. November auf der Gesellschaft bei dem Hausarzt plötzlich enorm. Im übrigen weichen ihre Angaben nicht von denen des Hausarztes ab.

Die Ursache ihres Leidens sieht Pat. in einem Unfall, den sie im Mai 1909 erlitten hat. Sie stürzte damals infolge eines Schwindelanfalls von einer Leiter, die sie bis zu etwa 1 m Höhe vom Fußboden bestiegen hatte, herab und erhielt beim Fallen einen Stoß gegen ihren Leib. Im Anschluß daran stellten sich Fieber und heftige Schmerzen auf der linken Seite des Unterleibes ein. Die ärztliche Untersuchung ergab das Bestehen einer Entzündung im linken Beckenbindegewebe. Die Behandlung und auch eine daran angeschlossene Badekur konnten indessen die Schmerzen, an denen sie seitdem dauernd leiden will, nicht völlig beseitigen. Immerhin haben dieselben sie nicht gehindert, ihre Jugend zu genießen, sie machte alle Vergnügungen mit, die sich ihr in großer Zahl boten und hat, wie sie voll Stolz erzählt, mindestens 2—3 mal wöchentlich getanzt.

8. XII. Nachts schwerer ängstlicher Erregungszustand. Sie hält laut heulend die Hände vor das Gesicht, und ab und zu sieht sie mit allen Zeichen des Entsetzens unter den Händen hervor, um mit gellem Aufschrei die Augen aufs neue zu bedecken. Dabei wirft sie sich wie im Orgasmus im Bett herum, öffnet immer wieder krampfartig den Mund und lutscht gierig mit der Zunge an den Lippen.

Trotz Morfin-Hyoscin-Injektion wenig Schlaf. Sie jammert die ganze Nacht hindurch, wenn auch weniger laut.

Nach der Ursache der nächtlichen Erregung befragt, gibt sie an, wieder ihren früheren Bräutigam unmittelbar vor sich gesehen zu haben, der sie mit einer Pistole bedrohte. Sie will schon des öfteren bemerkt haben, daß sich ihr Mund während der Anfälle ohne ihr Zutun ganz von selbst öffnet.

Nach dem Frühstück Erbrechen. Besserung des Befindens im Laufe des Tages. Gehversuche mit leidlichem Erfolg. Darauf Weinanfall wegen „Quälens seitens des Arztes“. Bald wieder heiter.

9. XII. Gut geschlafen, heiter, freundlich, zuversichtlich. Gehversuche mit gutem Erfolg.

10. XII. Ausgelassen heiter. Abends am ganzen Körper nur noch Hypalgesie nachweisbar. Sie empfindet überall „Kribbeln".

11. XII. Nachts starkes „Kribbeln". Heute ist die Schmerzempfindung überall normal. Die Oberflächenreflexe sind sämtlich, wenn auch schwach, auslösbar.

Sie habe keine Spur von Angst mehr. Schiebt die Besserung in ihrem Befinden auf einen Brief ihres Mannes, in dem dieser schreibt, er habe bestimmte Nachricht, daß sich der frühere Bräutigam jetzt in Königsberg aufhalte, also sehr weit weg sei. Dadurch sei sie von ihrer Angst befreit. Es fehle ihr jetzt nichts mehr.

Die Erklärung von der Wirkung des Briefes ihres Mannes erschien von vornherein wenig glaubhaft. Vor allem sprach dagegen, daß die ihr früher bereits gegebene Versicherung, der Mann, von dem sie sich bedroht fühle, sei verreist, verschollen, unschädlich gemacht, nicht das geringste geholfen hatte. Ferner hatte die Besserung bereits eingesetzt, bevor der Brief eingetroffen war.

Die Erkrankung, wie sie sich bisher dokumentierte, ist nun mittels *Freud*scher Hypothesen unschwer zu deuten. Rief schon der Husten, der sich bei Entblößung der Beine enorm steigerte und dadurch seine Beziehung zur Sexualität verriet, die Erinnerung an die von *Freud* im „Bruchstück einer Hysterieanalyse" gegebene Deutung wach, so wurde man zu der Annahme einer sexuellen Grundlage der Krankheit förmlich gedrängt durch den ausgesprochen sexuellen Charakter des Angstanfalls, der durch das gleichzeitig wahrnehmbare gierige Lutschen an den Lippen noch eine besondere Nuance erhielt. Die *Freud*sche Deutung des Falles würde nun so ausfallen müssen: Die Kranke hat Angst, weil sie irgend einen sexuellen Wunsch verdrängt hat. Der Reizhusten, sowie das gierige Lutschen an den Lippen weist auf den Mund als die in Betracht kommende erogene Zone hin. Das Gefühl des Bedrohtseins mit der Pistole ist ein Erklärungsversuch, den die Kranke macht, um den wahren Grund der Angst zu cachieren. In der Tat hat der Bräutigam ihr ja einmal brieflich gedroht, sie zu erschießen. Es wird also der Affekt auf eine Vorstellung übertragen, mit der er ursprünglich nichts zu tun hat. Denn in Wahrheit ist die Pistole nur das Symbol für das männliche Glied, und die Furcht vor der Pistole des Bräutigams entspricht dem verdrängten Verlangen nach einem geschlechtlichen Verkehr mit ihm und zwar mittels Betätigung der Mundzone, also nach einem coitus per os.

Ich habe nun, nachdem ich die Möglichkeit eines solchen Zusammenhanges immerhin nicht von der Hand weisen konnte, die Kranke am 11. XII. gefragt, welcher Art ihre Beziehungen zu ihrem früheren Bräutigam gewesen seien. Sie antwortete nach einigem Zögern, und nachdem ich ihr das Versprechen gegeben hatte, daß alles geheim bliebe, es hätten gegen-



seitige Berührungen stattgefunden, häufig habe sie auch das Glied des Mannes in den Mund genommen. Schließlich gab sie zu, daß es stets zu einem regelrechten coitus per os gekommen sei. Normaler Geschlechtsverkehr habe nicht stattgefunden. Als sie ihren jetzigen Mann kennen lernte, habe sie das Vorgefallene vergessen wollen.

„Tatsächlich habe ich auch nie wieder daran gedacht. Ich bin überhaupt ganz anders geworden, als ich meinen Mann kennen lernte, bin nicht mehr ausgegangen und war ganz solide."

Im Januar dieses Jahres habe sie begonnen, mit ihrem jetzigen Manne, damaligen Verlobten, in der gleichen Weise geschlechtlich zu verkehren wie vorher mit dem früheren Bräutigam. Der erste normale Geschlechtsverkehr habe erst nach der Verheiratung stattgefunden.

Nachdem das Befragen der Pat. einen Tatbestand ergeben hatte, der mit dem vorher erschlossenen leicht in Einklang zu bringen war, hatte ich keinen Grund mehr daran zu zweifeln, daß die Erkrankung, die ja unmittelbar nach dem ersten normalen Geschlechtsverkehr einsetzte, als die Folge des Versuchs anzusehen ist, eine sexuelle Perversion zugunsten normaler sexueller Betätigung aufzugeben.

Am Abend des 11. XII. gab ich der Pat. die entsprechende Aufklärung. Ich sagte ihr, der Angstanfall sei nichts anderes als das Verlangen nach sexueller Befriedigung durch einen Verkehr, wie sie ihn mit dem früheren Bräutigam auszuüben gewohnt war. Dieses Verlangen äußere sich als Angst, weil es ihrem bewußten Ich unannehmbar erscheine und deshalb dauernd unterdrückt werde. Die Trockenheit des Mundes und des Rachens, der daraus resultierende Reizhusten und das unwillkürliche, gierige Lutschen an den Lippen seien Symptome, die ihre Entstehung dem Umstande verdankten, daß der Wunsch nach einem Lustgewinn durch Betätigung der Mundzone verdrängt und in das Gegenteil verkehrt sei. Da der Mund neben dem Zweck, sexuelle Lustgefühle zu erzeugen, ja vor allem auch der Nahrungsaufnahme diene, so teile sich die Unlust auch allen mit dieser in Beziehung stehenden Funktionen mit. Die Folge davon seien Eßunlust, Übelkeit, Erbrechen.

Ich sei ferner der Ansicht, daß sie einerseits den normalen Verkehr wünsche, schon deshalb, weil sie sich als Frau dazu verpflichtet fühle, andererseits aber von ihm nicht voll befriedigt werde und aus diesem Grunde die frühere Art der sexuellen Betätigung nicht aufgeben könne. Der infolgedessen immer wieder auftretende Wunsch nach Befriedigung mittels des Mundes werde aber in der Verdrängung gehalten, da sie von ihm nichts wissen wolle. So sei sie nun außerstande, überhaupt zu geschlechtlicher Befriedigung zu gelangen; es sei ein Konflikt zweier diametral entgegengesetzter, um die Vorherrschaft ringender sexueller Wünsche entstanden; die Krankheit sei die Folge ihrer Unfähigkeit, den Konflikt anders zu lösen.

Die Erklärungen mußten auf die Pat. einen starken Eindruck gemacht haben. Sie widersprach nicht und schien sehr erregt zu sein. Dann wurde sie unruhig, rieb die Oberschenkel aneinander und bat mit Hinblick auf ihre sexuelle Erregung, ohne Aufsicht schlafen zu dürfen, da sie sich geniere. Kurz darauf ging sie völlig sicher, ohne jede Unterstützung, über den Korridor, wozu sie vorher noch völlig außerstande war.

Abends ließ sie mich nochmals kommen, um mir spontan zu sagen, daß der Husten, den sie vor zwei Jahren gehabt habe, in Abwesenheit ihres damaligen Bräutigams aufgetreten sei. In dieser Zeit habe sie mit einem anderen Manne in Beziehungen gestanden, die aber durchaus harmloser Natur gewesen seien (dies ist nicht die volle Wahrheit, wie sich später herausstellte; siehe S. 888).

12. XII. Die Nacht verlief ruhig. Angeblich hat sie nur wenig geschlafen und ist im Zimmer wegen „Prickelns" in der Haut umhergegangen. Heute früh ist ihr übel (wie bisher an jedem Morgen). Sie gibt an, es sei unzutreffend, daß der normale Geschlechtsverkehr sie nicht befriedige, sie habe zu Hause mit ihrem Manne allerdings meist per os verkehrt, aber auch in normaler Weise und sei davon voll befriedigt worden (die letzte Behauptung wird später widerrufen).

Klagt heute über ein eigenartiges Ziehen im Unterleib, das angeblich schon seit ihrer Aufnahme besteht, von dem sie aber heute zum erstenmal spricht (die letzte Menstruation war am 8. XI). Sie sei vor einiger Zeit von einem Frauenarzt untersucht worden, der ihr gesagt habe, daß sie nicht schwanger werden könne, bevor sie nicht operiert werde; die Gebärmutter stehe umgekehrt. Sie müsse immer daran denken, denn sie möchte doch so gerne Kinder bekommen. Ich erwiderte ihr etwa Folgendes:

„Bevor Sie das Ziehen im Leib verspürten, hielten Sie sich für gesund. In der Tat waren die Leibschmerzen geschwunden, die Blasenfunktion war geregelt, das Geh- und Stehvermögen, die Schmerzempfindung wieder da. Wir müssen nun zunächst untersuchen, wie sich das alles so schnell gebessert hat. Ich habe schon gesagt, daß die Krankheit entstanden ist infolge des Versuches, die Ihnen bekannte sexuelle Perversion zugunsten normaler sexueller Betätigung aufzugeben. Sie merkten nun aber in der Hochzeitnacht, daß Sie der normale Verkehr keineswegs befriedige, und kamen daher in Versuchung, wieder dem Wunsche nach munderotischem Verkehr (nennen wir ihn mal so) nachzugeben. Sie unterdrückten dieses Verlangen aber wieder, noch bevor es Ihnen recht zum Bewußtsein kam, da Sie von dieser Art der Betätigung ja nichts mehr wissen wollten. Am nächsten Tage hatten Sie Leibschmerzen und konnten nicht Urin lassen [1]). Später verschwanden diese Symptome wieder, offenbar, weil Sie sich inzwischen wieder munderotisch betätigten. Sie hatten jetzt wahrscheinlich doch bemerkt, daß die krankhaften Erscheinungen

[1]) Über die Entstehung dieser Symptome siehe S. 895 und 898.



mit der mangelhaften Befriedigung durch den normalen Verkehr in gewissen Beziehungen stehen. Sie sagten sich nun: wenn ich bereits schwanger wäre, hätte ich meine Pflicht meinem Manne gegenüber erfüllt, und auch mein Wunsch, ein Kind zu bekommen, wäre realisiert. Damit fiele aber auch die weitere Verpflichtung zu dem unbefriedigenden normalen Verkehr. Sie suchten nun eine gynäkologische Untersuchung durch Ihren Hausarzt unter Hinweis auf Ihre Schmerzen im Unterleib herbeizuführen, die er ja auf der Gesellschaft in seinem Hause selbst hatte beobachten können. Sie erhofften damals von dieser Untersuchung, wie gesagt, die Verpflichtung zu normalem Verkehr loszuwerden und zwar

1. weil im Falle des Bestehens einer Schwangerschaft Sie Ihre ehelichen Pflichten erfüllt zu haben glaubten,
2. weil, im Falle eine Schwangerschaft nicht festgestellt werden könnte, sich doch vielleicht eine ernst zu nehmende Erkrankung der Unterleibsorgane finden würde, die ein Verbot des vaginalen Verkehrs rechtfertigte.

Auf eine von beiden Eventualitäten glaubten Sie die Schmerzen, die Sie ja tatsächlich empfanden, beziehen zu müssen. Als die Untersuchung durch Ihren Hausarzt und den von ihm zugezogenen Frauenarzt aber „nichts Besonderes" (siehe Anamnese) ergab, also erstens keine Schwangerschaft, zweitens keine nennenswerte Erkrankung der Unterleibsorgane, sahen Sie sich in Ihren Hoffnungen getäuscht. Von neuem standen Sie der Verpflichtung zu normalem Verkehr, zum Verzicht auf volle sexuelle Befriedigung, die ja nur der perverse bringen konnte, gegenüber. Diesen erneuten Verzicht, die erneute Fixierung Ihrer sexuellen Triebe im Unbewußten, beantwortete Ihr Körper mit dem Ausbruch der Erkrankung in ihrer ganzen Schwere. Sie ersehen aus alledem, daß die Neurose gewissermaßen eine vorläufige Lösung des Konflikts bedeutete. Wenn Sie jetzt plötzlich wieder gesund geworden sind, so kann man sich das nicht anders erklären, als daß Sie den verdrängten Wunsch nach munderotischem Verkehr wieder aufgenommen haben. Ist das aber der Fall, so muß sich für die Lösung des Konflikts eine Möglichkeit ergeben haben, die vorher nicht bestand. Wie diese zustande gekommen ist, kann ich zunächst noch nicht sagen (siehe hierüber S. 876). Jedenfalls fiel der Widerstand, der dem Eintritt des Verlangens nach munderotischer Betätigung aus dem Unbewußten in das Bewußtsein entgegenstand, und es schwand die Neurose mit allen ihren Symptomen. Sie verspüren heute wieder ein Ziehen im Leibe, welches zweifellos darauf zurückzuführen ist, daß der Konflikt der Sexualitäten von neuem begonnen hat. Wenn Sie sich in diesem Augenblick ganz besonders mit der Frage beschäftigen, ob Sie überhaupt Kinder bekommen können, so tun Sie das offenbar deshalb, weil Sie sich darüber ins Klare kommen wollen, ob der normale Verkehr überhaupt einen Zweck hat. Stellt es sich nämlich heraus, daß Sie nicht gebären können, so würden Sie in dieser Tatsache eine Lösung

des Konfliktes sehen, weil dann Ihrer Ansicht nach kein vernünftiger Grund für eine Verpflichtung zu normalem Verkehr bestünde."

Die Pat. erwiderte mir auf diese Ausführungen nur, daß schon der Arzt, der sie, als sie in München erkrankte, untersuchte, Andeutungen gemacht habe, daß bereits eine Schwangerschaft eingetreten sei. Ich erwiderte ihr:

„Dies trifft wohl kaum zu, da es unmöglich ist, so kurze Zeit nach Beginn des ehelichen Verkehrs eine Schwangerschaft festzustellen. Sie haben jedenfalls eine Äußerung des Arztes mißverstanden, wohl (unbewußt) mißverstehen wollen, weil Sie schon damals aus dem gleichen Grunde wie jetzt hofften, schwanger zu sein."

Während der Unterredung lutschte die Pat. wieder auffallend viel mit der Zunge an den Lippen. Kurz nach der Visite stellt sich von neuem Reizhusten ein, der sich im Laufe des Tages enorm steigert. Mittags ist die ganze linke Körperhälfte nahezu gefühllos. Sie hustet, jammert nach ihrem Mann, die Hände öffnen und schließen sich krampfartig, fahren auf der Bettdecke in wischender Weise auf und ab, wobei sie teils flach ausgestreckt, teils zur Faust geballt sind. Der Mund ist geöffnet, die Zunge lutscht gierig an den Lippen. Nachmittags jammert sie, weil sie die zur Faust geballten Hände nicht öffnen könne und ein schreckliches Prickeln in den Fingerspitzen und in den Füßen verspüre. Beruhigung auf Zuspruch. Abends ist sie übermäßig heiter, singt und tanzt. Lehnt ab, die Eier zu essen mit der Behauptung, sie röchen.

13. XII. Auf 1 g Ver.-Natr. gut geschlafen. Morgens wie gewöhnlich Übelkeit. Mittags nichts gegessen. Abends wurde sie im Bad blaß und ist nach Angabe der Krankenschwester eine halbe Minute ohne Besinnung gewesen. Der hinzugerufene Arzt vom Tagesdienst fand sie blaß und motorisch unruhig.

Stuhlgang wurde bisher mittels täglichen Einlaufs erzielt. Heute war der Einlauf ohne Erfolg.

14. XII. Weint. Äußert, sie bekomme täglich mehr Angst vor dem Assistenzarzt, der komme ihr so schrecklich vor. Ferner quäle sie der Gedanke, ob sie Kinder bekommen könne (sie schrieb in einem Briefe an ihren Mann, die Ärzte rieten ihr dringend zu einer Operation, eine Behauptung, die völlig erfunden war). Sie bittet mich dringend, sie gynäkologisch zu untersuchen, um ihr über diesen Punkt Aufklärung zu verschaffen. Sie habe keine Ruhe, bis sie wisse, woran sie sei. Untersuchung durch einen Gynäkologen lehnt sie ab. Sie könne unmöglich so lange warten, bis der komme.

Mittags blaß. Klagen über Übelkeit. Verlangt Validol, das sofort hilft, worauf sie mit großem Appetit zu Mittag ißt.

Die nachmittags von mir vorgenommene gynäkologische Untersuchung ergab: leichte, nicht fixierte retroflexio uteri; wallnußgroße Verdickung im linken Beckenbindegewebe, die auf Druck wenig schmerz-



haft ist. Ich teile ihr mit, daß eine Schwangerschaft nicht festgestellt werden konnte, daß aber der Befund keineswegs gegen die Möglichkeit einer Konzeption spreche.

Ist angeblich sehr damit zufrieden, daß sie doch Kinder bekommen könne.

Während vor der Untersuchung die Schmerzempfindung nur auf der linken Seite aufgehoben war, fehlt sie heute Abend wieder gänzlich.

Herpes-Eruption im Bereich des linken n. maxill. sup.

15. XII. Gut geschlafen. Morgens heiter, mittags plötzlicher Angstanfall. Sie fürchtet, der Assistenzarzt werde zur Tür hereintreten und sie mit einer Pistole bedrohen. Jammert, schreit. Auf Zuspruch keine Beruhigung. Ißt zwar etwas zu Mittag, jammert dann aber noch stundenlang weiter. Bei meiner Nachmittagsvisite um 5 Uhr erkläre ich ihr Folgendes:

„Ich habe Ihnen bereits angedeutet, daß Sie im Begriffe standen, das Verlangen nach munderotischem Verkehr von neuem zu unterdrücken. Nach unserer letzten Unterredung kam gewissermaßen die Bestätigung dieser Auffassung durch den erneuten Husten und Krampfanfall und besonders auch durch das Verschwinden der Schmerzempfindung auf der linken Körperhälfte. Die rechte Körperhälfte blieb zunächst noch empfindlich, was wohl so zu verstehen ist, daß die Verdrängung der munderotischen Wünsche erst zur Hälfte vorgenommen war. Bevor Sie die Verdrängung vollendeten, wünschten Sie nämlich von mir gynäkologisch untersucht zu werden, genau wie seinerzeit von Ihrem Hausarzt, um darüber informiert zu werden, ob diese Verdrängung überhaupt notwendig ist. Wäre ich zu dem Ergebnis gekommen, daß Sie bereits schwanger sind oder infolge einer Anomalie der Geschlechtsorgane keine Kinder bekommen können, so hätten Sie wahrscheinlich auf die Verdrängung Ihrer munderotischen Wünsche verzichtet; so aber sahen Sie sich wiederum der Verpflichtung zu normalem sexuellen Verkehr gegenüber und vollendeten die bereits begonnene Verdrängung des Verlangens nach munderotischer Betätigung. Körperlich kam das zum Ausdruck durch das Verschwinden der Schmerzempfindlichkeit auch auf der rechten Körperhälfte.

Ich bin übrigens der Ansicht, daß Sie die Untersuchung durch mich und nicht durch einen Frauenarzt aus mehreren Gründen wünschten: 1. hätte es Ihnen, wie Sie selbst sagten, zu lange gedauert, bis derselbe gekommen wäre; denn der Verdrängungsprozeß war im Gange und konnte nicht warten, 2. aber versprachen Sie sich, nachdem Sie schon so häufig von Frauenärzten untersucht worden sind, die wohl in der Mehrzahl nichts besonderes festgestellt hatten, von meiner Untersuchung immerhin am ehesten ein Ihnen genehmes Resultat, vielleicht, weil Sie bei mir als Nervenarzt einen gewissen Mangel an Sachverständigkeit annahmen und ja auch wiederholt versucht hatten, mir das Bestehen einer erheb-



lichen Anomalie der Genitalorgane zu suggerieren. Der Konflikt ist nun wieder recht schön veranschaulicht worden. Ihr Oberbewußtsein wünscht normalen sexuellen Verkehr, Ihr Unterbewußtsein dagegen wünscht die munderotische Betätigung und bringt seinen Protest gegen die Wünsche des Oberbewußtseins vermittels körperlicher Symptome zum Ausdruck. Angst ist, wie ich Ihnen schon sagte, das psychische Symptom, das infolge der Verdrängung sexueller Begehrungsvorstellungen entsteht. Als Gegenstand Ihrer Angst dient Ihnen jetzt der Assistenzarzt, weil ich Ihnen infolge meiner Ihnen früher gegebenen Aufklärung die Möglichkeit genommen habe, sich vor Ihrem früheren Bräutigam zu ängstigen."

Unmittelbar im Anschluß an diese Erklärungen ist Pat. völlig beruhigt. Sie entschuldigt sich bei dem Assistenzarzt mit dem Bemerken, daß es ihr jetzt unverständlich erscheine, wie sie solchen Unsinn habe denken können. Im übrigen protestiert sie aber wiederum gegen meine Behauptung, daß sie an normalem sexuellen Verkehr keinen Genuß habe, gibt aber zu, daß er ihr etwas schmerzhaft sei. Abends ist sie ausgelassen lustig.

16. XII. Wenig geschlafen. Sehr verstimmt. Müsse daran denken, daß sie infolge der Gefühllosigkeit am ganzen Körper auch keine Empfindung für den sexuellen Verkehr habe. Wenn sie zu Weihnachten nach Hause beurlaubt werde, so sei das schrecklich für sie und ihren Mann. Macht einen völlig indifferenten Eindruck. Es sei ihr momentan alles so egal. Man könne neben ihr jemanden umbringen, sie kümmere sich nicht darum.

Herpes-Eruption am rechten Unterarm, abends am linken Bein.

17. XII. Ließ nachts den Arzt holen wegen Schmerzen im After. Jammerte, schlief aber schließlich ein.

Sie ist heute den fünften Tag ohne Stuhlgang, trotzdem tägliche Einläufe gemacht sind. Abends hoher Einlauf, gegen den sie sich sehr sträubt, ebenfalls ohne Erfolg. Unmittelbar im Anschluß daran furchtbares Jammern über Schmerzen im After. Sie läßt mich rufen und bittet flehentlich um Hilfe. Zwischendurch ändert sich der Gesichtsausdruck und spiegelt anstatt qualvollen Schmerzes unverkennbare sexuelle Erregung wieder. Gleichzeitig hebt sie mit hastigen rhythmischen Bewegungen das Becken auf und ab.

Beruhigung auf subkutane Injektion von Morfin-Hyoscin.

18. XII. Unruhig geschlafen. Schreckhafte Träume, auf die sie sich nicht mehr genau besinnt.

Die Schwester gibt an, daß Pat. nachts zu ihr gesagt habe: „Schwester, eben habe ich geträumt, Sie rauften sich mit Schwester Marie." „Glauben Sie, daß Dr. X. auch treu sein kann?"

Ich erkläre ihr, daß der gestrige Schmerzanfall im After mit der fünftägigen Stuhlverhaltung im Zusammenhang stand. „Das Entstehen dieser Erscheinungen", sagte ich ihr, „denke ich mir so. Durch die Ihnen am 15. XII. gegebene Aufklärung wurde Ihnen zwar die Bedeutung des



Angstzustandes klar, Sie konnten sich aber trotzdem nicht entschließen, den verdrängten Wunsch nach munderotischer Betätigung wieder aufzunehmen, da er eben Ihrem bewußten Ich in hohem Grade unannehmbar erschien. Ihre Sexualität blieb daher in der Verdrängung, kann aber nicht als Angst in Erscheinung treten, da, nachdem Sie über die Bedeutung der Angst aufgeklärt sind, dieses Versteckspiel Ihres unterbewußten Ich illusorisch gemacht worden ist. Die Unfähigkeit, einen Ausweg zu finden, nachdem Ihnen also auch dieser Weg der Flucht in die Krankheit abgeschnitten war, äußerte sich als psychische Indifferenz, die gewissermaßen einen Waffenstillstand im Kampf Ihrer Wünsche, ein vorläufiges Aufgeben, eine Lösung des Konfliktes herbeizuführen veranschaulicht. Nichtsdestoweniger war ein neuer Ausweg für die in der Verdrängung befindliche Sexualität bereits gefunden, ein Ausweg, der geeignet ist, ein helles Licht auf die Art und Weise zu werfen, wie die körperliche sexuelle Befriedigung sich bei Ihnen vollzogen hat. Es gibt neben der Vaginal- und der Mundzone noch eine dritte erogene Zone, die Analöffnung, die zweifellos auch bei Ihnen eine große Rolle gespielt hat. Vor 3 Jahren, mehrere Monate bevor Sie zu ihrem früheren Bräutigam in sexuelle Beziehungen traten, setzte eine Stuhlverstopfung ein, die schließlich so hochgradig wurde, daß nur noch Eingießungen imstande waren, eine Stuhlentleerung herbeizuführen. In dem Auftreten dieser Stuhlverstopfung erblicke ich ein Anzeichen dafür, daß sich damals eine Änderung in der Art und Weise, wie der Körper sich seine sexuelle Befriedigung verschaffte, vollziehen sollte. Bis zu dem Beginn der Geschlechtsreife nämlich steht normalerweise die sexuelle Erregung und Entspannung noch in Beziehungen zu gewissen körperlichen Funktionen, besonders zur Stuhlentleerung. Um diese Zeit nun beginnt der Körper diese Beziehungen zu lösen und das weibliche Individuum für seine spätere Aufgabe, den normalen Geschlechtsverkehr, zu präparieren. Der Umwandlungsprozeß vom Kinde zum Weibe setzte offenbar an dem Tage ein, an dem Sie den Schwindelanfall hatten (Mai 1909). Dieser ist nämlich ein Zeichen dafür, daß die Umwandlung zunächst mißlang [1]).

[1]) Es handelt sich hierbei offenbar um Vorgänge, die *Freud* mit dem Namen „Verdrängungsschub der Pubertät" belegt hat. Der Schwindelanfall, der sich ja später noch häufig wiederholte, ist offenbar das Negativ eines coitus, also die Folge der Verdrängung der normalen Triebrichtung. Als Ursache für das Mißlingen des Verdrängungsschubs kommt wahrscheinlich in erster Linie die Onanie in Betracht, die zwar dauernd, aber zeitweilig mit geringer Entschiedenheit bestritten wurde. Für ihre Annahme spricht aber neben anderem auch der Schmerz auf der linken Seite des Leibes, der sich damals zum ersten Male bemerkbar machte. Über dessen Bedeutung siehe S. 899. Als ursächliches Moment spielt außerdem ein sexuelles Trauma eine Rolle. Siehe hierüber S. 882.



Es begann also damals schon ein Kampf zwischen der erwachenden normalen weiblichen Triebrichtung und der kindlichen Art der sexuellen Befriedigung. Die Stuhlverstopfung, die kurz darauf eintrat, bedeutet nichts anderes als einen Verzicht des Körpers auf die Analerotik zugunsten der normalen weiblichen Sexualität. Diese Auffassung steht durchaus im Einklang mit den jetzt aufgetretenen Darmerscheinungen. Nachdem Ihre verdrängten sexuellen Wünsche nicht wieder ins Bewußtsein aufgenommen worden, es ihnen also nicht vergönnt war, sich in der Wirklichkeit oder in der Phantasie auszuleben, aber auch die Äußerung als Angstanfall unmöglich geworden war, griff der Körper wieder als einzigen Ausweg auf die Analzone zurück. Entsprechend der Verdrängung der Sexualität trat aber anstatt Stuhlgangs nur noch intensivere Stuhlverstopfung ein [1]), so daß wir schließlich zu einem hohen Einlauf unsere Zuflucht nehmen mußten. Würde sich Ihre Sexualität nicht in der Verdrängung befunden haben, so hätten Sie natürlich Lustgefühle bei diesem Einlauf verspüren müssen, so aber trat an Stelle der Lust Unlust (Angst vor der dem bewußten Ich ja nicht genehmen sexuellen Erregung. Sie wehrten sich ja auch sehr gegen den hohen Einlauf). So ist es zu erklären, daß Sie die Reizung als Schmerz empfanden, es trat also ein Schmerzanfall [2]) an die Stelle sexueller Lustgefühle."

Abends wird festgestellt, daß die Medianlinie, die den Körper sagittal in zwei Hälften zerlegt, sowohl vorn wie hinten gegen Nadelstiche normal empfindlich ist, während im übrigen nach wie vor völlige Analgesie besteht.

Die Stimmung ist eine gute. Ich weise Pat. darauf hin, sich etwaige Träume zu merken.

19. XII. Heute früh erfolgt ohne Einlauf lediglich auf Abführmittel reichlich Stuhlgang (während der ganzen Beobachtungsdauer hatten sich im übrigen sämtliche Abführmittel, auch die stärksten Drastica, als völlig nutzlos erwiesen).

Gibt an, in der Nacht drei Träume gehabt zu haben, auf die sie sich noch in allen Details genau besinnen könne. Nach jedem Traum sei sie

---

[1]) Die körperliche Grundlage der 5 Tage anhaltenden intensiveren Stuhlverstopfung erblicke ich in einer Verstärkung des zweifellos dauernd bestehenden Darmspasmus, dessen Sitz wahrscheinlich am unteren Teil der Flexura sigmoides (am sphincter ani tertius) zu suchen ist. Die Stuhlretention erscheint somit der Harnretention völlig homolog. Der untere Flexurabschnitt dient als Reservoir, der sphincter tertius als Ventil für die bei der Defäkation zu entleerende Kotsäule (vgl. *Singer* und *Holzknecht*, Die objektiven Symptome des chronischen colospasmus. D. med. Wschr. 1912, Nr. 23).

[2]) Es handelte sich offenbar um einen Krampf des Schließmuskels, also um eine Innervation, die der bei der Stuhlentleerung entgegengesetzt ist.

aufgewacht. Aufgefordert, sie zu erzählen, beginnt sie mit dem zweiten Traum, den ersten könne sie nicht erzählen. Nachdem sie den zweiten und dritten mitgeteilt, läßt sie sich schließlich bewegen, auch den ersten zu erzählen. Die Träume folgen jetzt in der richtigen Reihenfolge.

1. Traum: Dr. X. habe sie gestern Abend angefahren (de facto: etwas energisch zu ihr gesprochen; d. Ref.). Das habe ihr weh getan, weil sie so empfindlich sei. Im Traum habe sie dann geweint. Das habe Dr. X. gehört, sei zu ihr gekommen und habe sie getröstet; gesagt, es sei nicht so gemeint, wie sie es aufgefaßt habe. Dann habe er sie geküßt und mit ihr einen Verkehr per vaginam ausgeführt. Dann habe er ihr gesagt, sie solle sich von ihrem Manne scheiden lassen.

2. Traum: Sie sei wieder zu Haus und völlig gesund. Bei dem Hausarzt auf der Gesellschaft. Da hätten alle sie riesig bedauert, daß sie krank gewesen sei. Dem Assistenten des Hausarztes und dem Tierarzte habe sie nun erzählt, wie Dr. X. sie „ramponiert" habe, indem er sie immer mit der Stecknadel gestochen, und habe dabei die Stiche in den Armen gezeigt; darauf hätten die beiden gesagt, das wären rechte Barbaren im Fichtenhof, und sie würden sie niemals wieder weggehen lassen von A., sondern sie würden sie selbst wieder gesund machen, wenn sie von neuem erkranken sollte. Was der Tierarzt dabei zu tun habe, wisse sie allerdings selbst nicht. Der Assistenzarzt sei sehr nett zu ihr gewesen und habe wie früher öfters zu ihr gesagt: „Mein Kerlchen", was sie so gerne höre.

3. Traum: Zu diesem gibt sie folgende Vorbemerkung: Der frühere Bräutigam hatte mit seinem besten Freund ihretwegen ein Duell auf Säbel sine sine ausgefochten wegen einer Bemerkung, die der Freund zu ihr gemacht habe, und die sich der Bräutigam nicht gefallen ließ.

Der frühere Bräutigam und der Freund hätten Kenntnis bekommen, daß sie im Fichtenhof sei. Darauf habe der Bräutigam Briefe geschickt, die alle nicht angenommen und zurückgeschickt worden seien. Daraufhin sei er gekommen und habe mit Steinen gegen ihr Fenster geworfen. Auf einem Spaziergang, den sie mit Schwester Kaethe machte, sei er auf sie zugekommen und habe sie ansprechen wollen, worauf sie ausgerissen sei und Schwester Kaethe mit sich fortgezogen habe. Da sei ihr plötzlich der Freund des Bräutigams aus der Richtung, in der sie lief, entgegengekommen. In furchtbarer Angst vor beiden sei sie gerannt, bis sie an den Fichtenhof zurückgekommen sei. Sie habe noch gesehen, wie der alte Bräutigam überall, wo sie gegangen sei, mit einem Blaustift Striche zog.

Ich gebe ihr darauf folgende Deutung der Träume:

„Träume sind Wunscherfüllungen. Auch in Ihren Träumen kommt das recht prägnant zum Ausdruck. Es liegt auf der Hand, daß im ersten Traum Ihnen der verdrängte Wunsch nach normalem sexuellen Verkehr erfüllt wird. Wie es kommt, daß Sie im Traume diesen Verkehr nicht mit Ihrem Manne, sondern mit einem der hiesigen Ärzte ausüben, darauf will ich nicht näher eingehen.



Der zweite Traum knüpft an unsere Besprechung von gestern abend betreffs Ihrer Beurlaubung über die Festtage an. Sie sind im Traum schon zu Haus und befinden sich in Unterhaltung mit Ihrem Hausarzt, den Sie im Traum etwas kraß mit dem Tierarzt identifizieren, offenbar weil er bei seiner Behandlung das Körperliche dem Psychischen, dem spezifisch Menschlichen, voranstellte, und dessen Assistenten, denen Sie von Ihren Erlebnissen im Fichtenhof erzählten. Die von Ihnen erwähnte Tatsache, Dr. X. habe Sie mit einer Stecknadel gestochen, ist nicht wortgetreu, sondern symbolisch zu verstehen; hinter dieser harmlosen Äußerung von der Prüfung der Sensibilität mittels einer Stecknadel versteckt sich die Erinnerung an den im ersten Traum mit diesem Herrn ausgeübten Verkehr. So erklärt sich auch die Erregung des Assistenten über diese Tatsache, den Sie mit der Bemerkung offenbar auf Dr. X. haben eifersüchtig machen wollen.

Der dritte Traum ist eine recht charakteristische symbolische Darstellung des nach wie vor ungelösten psycho-sexuellen Konfliktes. Er resultiert gewissermaßen aus dem Vorhergehenden. Der Assistent des Hausarztes hatte gesagt, er werde Sie nicht wieder nach dem Fichtenhof lassen. Wenn Ihre Rückkehr hierher (von dem Weihnachtsurlaub) aber verhindert wurde, standen Sie wieder vor der Entscheidung, welche Art des sexuellen Verkehrs Sie wählen sollten. Der frühere Bräutigam im Traum repräsentiert Ihre verdrängten Wünsche nach munderotischem Verkehr. „Seine Briefe werden zurückgewiesen" bedeutet: diese Wünsche werden aus dem Bewußtsein verdrängt; sie lassen sich aber nicht so leicht verdrängen, darauf deutet die Vorstellung hin, daß der Bräutigam Steine gegen das Fenster wirft, daß Sie schließlich die Flucht vor ihm ergreifen müssen. Während Sie sich aber vor den munderotischen Wünschen zu retten suchen, stoßen Sie auf das Verlangen nach normaler sexueller Betätigung. Dies und nichts anderes bedeutet nämlich der Freund im Traum. Wie es kommt, daß der Freund als Symbol für das Verlangen nach normalem sexuellen Verkehr eintritt, kann ich zunächst noch nicht erklären (über die Entstehung dieses Symbols siehe S. 888). In Ihrer Erzählung von dem Duell kann ich einen Anhaltpunkt dafür nicht finden. Der Traum gibt übrigens eine recht schöne Erklärung für die psychologische Auffassung Ihrer Angstanfälle. Sie träumten, Sie seien in furchtbarer Angst vor dem Bräutigam und dem Freunde davongelaufen. Sie ersehen daraus, daß die Angst in der Tat nichts anderes bedeutet als Furcht vor dem Wiederauftreten der mühsam unterdrückten sexuellen Wünsche, also Furcht vor Ihren eigenen Begierden [1]). Daß Sie am Schluß des Traumes sahen, wie der frühere Bräutigam überall da, wo Sie gegangen waren, mit einem Blaustift Striche zog, deutet auch wieder darauf hin, daß Sie das Verlangen nach munderotischem Verkehr verfolgt. Blaustift

[1]) Vgl. *Ernest Jones*, The pathology of morbid anxiety. Journal of abnormal psychology June—July 1911.



ist das Symbol für das in erigiertem Zustande befindliche und daher bläulich aussehende männliche Glied. Die Bedeutung des Stricheziehens dürfte Ihnen ohne weiteres klar sein. Daß Sie sich im Traum in den Fichtenhof retten, beweist, daß Sie in einer Rückkehr vom Weihnachtsurlaub hierher zunächst die einzige Mögichkeit sehen, dem Konflikt zu entgehen."

Meine wiederholten Fragen nach einem sexuellen Erlebnis der Kindheit, das als sexuelles Trauma in Betracht kommen könnte, waren bisher von der Pat. stets in verneinendem Sinne beantwortet worden. Heute erzählt sie spontan, daß sie doch einmal etwas erlebt habe, was vielleicht von großem Einfluß auf sie gewesen sein könne. Im Alter von 16 Jahren (erst sagte sie 14, dann 15, dann wieder 14, schließlich gab sie an, daß es sich nicht lange vor dem Schwindelanfall im Mai 1909 zugetragen habe) ist sie auf Veranlassung ihres Vaters zu einem verheirateten Offizier gegangen, um einen Brief abzuholen. Plötzlich, während sie mit dem Offizier allein im Zimmer war, holte dieser sein Glied heraus und ersuchte sie, es anzufassen. Vor Schreck und Abscheu ist sie davongelaufen. Sie glaubte damals bestimmt, er habe mit ihr den Geschlechtsverkehr ausüben wollen.

Die besondere Bedeutung, die diesem sexuellen Trauma zukommt, liegt in dem Umstande begründet, daß es in die Zeit fällt, in der durch den Verdrängungsschub der Pubertät sich der Wechsel in der leitenden erogenen Zone vollziehen soll. Es ist wohl denkbar, daß das mit dem Erlebnis verbundene Unlustgefühl hemmend auf den physiologischen Vorgang des Weibwerdens eingewirkt und so die „Sexualablehnung" verursacht hat. Diese wiederum kann wohl zu einem erhöhten Verlangen nach autoerotischer Befriedigung geführt und somit zur Masturbation (bzw. zum Onanismus conjugalis) geführt haben, die ja an und für sich, wie schon erwähnt, als Hindernis für den Umwandlungsprozeß der Pubertät anzusehen ist. Es kommen daher als Ursachen für die Frigidität der Pat. gegen normalen Verkehr im wesentlichen zwei Momente in Betracht:

1. eine psychische, das sexuelle Trauma;
2. eine körperliche, die Onanie. Von dieser wird später noch zu reden sein.

Natürlich konnte man auch an die Möglichkeit denken, daß seinerzeit die perverse sexuelle Betätigung gewählt wurde, um eine Schwängerung zu verhindern, und daß dann eine Gewöhnung des Körpers an diese Art der Befriedigung eintrat. Diese Annahme erschien mir aber schon deshalb wenig wahrscheinlich, weil ich mit Hinblick auf die ausgesprochen „sexuelle Konstitution" der Pat. den intellektuellen Faktoren bei der Wahl der geschlechtlichen Betätigung eine durchaus untergeordnete Bedeutung beimessen zu müssen glaubte.

Nachdem ich mit der Pat. von diesen Dingen gesprochen und sie in ganz heiterer Stimmung verlassen hatte, traf ich sie abends wieder



sehr verstimmt an. Sie behauptete, während des Abendbrotes seien wieder heftige Schmerzen in der linken Seite des Leibes aufgetreten, wozu sich eine Übelkeit gesellt habe, genau wie heute vor 4 Wochen auf der Gesellschaft bei dem Hausarzt. Es sei ihr übrigens etwas eingefallen, was sie mir morgen sagen wolle.

20. XII. Schlief unruhig. Habe nachts dauernd Schmerzen gehabt, die auch heute noch bestünden. Erzählt, was ihr gestern „eingefallen" war: Sie empfinde in der Tat, wie sie jetzt zugeben wolle, bei Ausübung des normalen geschlechtlichen Verkehrs in normaler Lagerung so gut wie nichts, dagegen habe sie vollen Genuß, wenn sie sich oben, der Mann unten befinde. Sie bittet mich, ihr zu erklären, woher das komme. Ich erwidere ihr, es komme wohl daher, daß sie sich bei der früheren Art ihrer geschlechtlichen Betätigung in ähnlicher Stellung befunden habe (sie lag auf dem Partner, oder saß auf seinem Schoße). Diese Erklärung weist sie als unzutreffend zurück. Mittags weint sie, angeblich weil sie von ihrem Manne noch keine Antwort auf ihren Brief hat. Da sie aus solchem Anlaß noch nie geweint hat, äußere ich, sie weine, weil sie noch keine befriedigende Antwort auf ihre Frage erhalten habe. Ich gebe wieder eine Erklärung auf die mir gestellte Frage, die wiederum als unzutreffend abgewiesen wird, was mir immerhin als Beweis dafür diente, daß die Pat. in der Tat nur Erklärungen akzeptiert, die zum mindesten der Wahrheit sehr nahe kommen, eine Tatsache, auf die *Freud* bekanntlich mit besonderem Nachdruck hinweist.

Abends behauptet sie, sie werde unwohl, nachdem sie morgens schon mitgeteilt hatte, sie hätte wieder starken Ausfluß. Ein geringer Ausfluß bestand in der Tat dauernd, indessen wurde die Behauptung, daß er stärker als sonst sei, von der Krankenschwester nicht bestätigt. Auch vom Eintritt der Menstruation ist nichts zu bemerken. Ich nahm daher an, daß die Leibschmerzen und die Behauptung, starken Ausfluß zu haben, mit dem plötzlich aufgetauchten Gedanken an die umgekehrte Lagerung beim Geschlechtsverkehr in gewisser Beziehung stehen.

Die Behauptung, an starkem Ausfluß zu leiden, konnte sehr leicht der Erinnerung an ein Ausfließen des Samens aus der Scheide bei Ausübung des Geschlechtsverkehrs in umgekehrter Lage seine Entstehung verdanken.

Die Angabe, daß die Schmerzen den gleichen Charakter hätten wie vor 4 Wochen, als sie die gynäkologische Untersuchung durch den Hausarzt erzwang, ließ darauf schließen, daß der momentane Gedankengang, den die Empfindung von Schmerzen begleitete, der gleiche war wie zu jener Zeit. Damals wünschte sie aber festgestellt zu wissen, ob sie schwanger sei. Es quälte sie also offenbar der Gedanke, daß bei der Art des ehelichen Verkehrs (in umgekehrter Lagerung) vielleicht eine Schwängerung nicht eintreten könne, weil der Samen wieder ausfließt. In der Tat bestätigt sie mir auf Befragen ohne weiteres, daß sie diese Befürchtung



aus dem angegebenen Grunde hegte. Sie fügte sogar hinzu, daß sie sich schon gestern vorgenommen hatte, mir die Frage vorzulegen, ob eine Schwängerung in der betreffenden Lage möglich sei. — Ich erkläre der Pat. nun Folgendes [1]):

„Nachdem ich Ihnen durch Deutung des dritten Traumes den psychosexuellen Konflikt wieder deutlich vor Augen geführt hatte, sahen Sie sich genötigt, irgend etwas zu unternehmen, was geeignet ist, die Lösung des Konfliktes herbeizuführen. Es „fiel Ihnen nun ein," daß Sie ja imstande sind, sich normal sexuell zu betätigen, wenn auch nur in umgekehrter Lagerung. Im gleichen Moment fiel Ihnen aber auch ein, daß dieser Verkehr gar keinen Sinn hat, da infolge Ausfließens des Samens eine Schwängerung doch nicht eintreten könne. So entstanden Unlustgefühle, die Sie auf Ausfluß und Schmerzen bezogen. In Wirklichkeit bestanden gar nicht die gleichen Schmerzen wie vor 4 Wochen auf der Gesellschaft beim Hausarzt [2]), sondern es plagt Sie momentan nur der gleiche Gedanke wie damals, den Sie wieder mittels der gleichen körperlichen Symptome zum Ausdruck bringen. Sie haben sich also jetzt entschlossen, diese Art des Verkehrs wieder aufzunehmen, vorausgesetzt, daß er zu dem erhofften Ziele, der Schwängerung, führt. Er ist also offenbar nur ein Kompromiß, auf den Sie eingehen wollen, um Ihren ehelichen Pflichten nachkommen zu können, denn volle Befriedigung erhalten Sie durch ihn nicht. — Ich will nun versuchen zu erklären, wie es kommt, daß Sie von diesem Kompromißverkehr, wie ich ihn einmal nennen will, wenigstens einigermaßen befriedigt werden. Um das herauszufinden, ist es nötig, erst einmal zu untersuchen, wie sich überhaupt die sexuelle Befriedigung bei Ihnen vollzieht. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß die Munderotik, die Sie ja vor der Ehe zwei Jahre lang getrieben haben, volle Befriedigung im Gefolge hatte. Bei dieser Art der sexuellen Betätigung lagen oder saßen Sie auf dem Manne, nahmen sein Glied in den Mund und empfingen gleichzeitig Reizungen der Vaginalzone durch Manipulationen, die der Mann mit dem Finger ausführte. Es kam also zu gleichzeitiger Reizung der Mund- und Vaginalzone. Möglicherweise kommen auch Reizungen der Afterzone durch Stuhlgang bzw. Eingießungen in Betracht; ich glaube aber allerdings, daß diese keine so große Rolle mehr spielen wie früher. Welcher Art war nun der psychische Genuß, den Sie bei der Geschlechtsbetätigung empfanden? Die Empfindungen des normalen Weibes beim geschlechtlichen Verkehr sind schrankenlose

[1]) Die folgende Auffassung von dem Wesen der sexuellen Perversion entspricht nicht ganz meiner endgültig gebildeten, die ich weiter unten entwickeln werde. Nichtsdestoweniger soll sie unverändert stehen bleiben.

[2]) Ich halte es heute für wahrscheinlicher, daß die gleichen Schmerzen (infolge körperlicher Ursachen) die gleichen Gedankengänge auslösten; siehe S. 908.

Hingebung, während die Lustgefühle des Mannes identisch sind mit der Freude an der Unterwerfung des Weibes. Der Rolle des Weibes als der Unterworfenen entspricht ihre Lagerung unter dem Manne, wie ihr auch als dem erduldenden ein mehr passives, dem Mann als aggressiven Teil ein aktives Verhalten zukommt. Bei der Art, wie Sie sich vor der Ehe sexuell betätigten, liegen die Verhältnisse genau umgekehrt. Ihre Stellung war über dem Mann, die Rolle, die Sie dabei spielten, bei weitem die mehr aktive. — Ich vermute daher, daß Ihr Sexualziel keineswegs ein normales masochistisches, d. h. in der Freude an der Hingabe, dem Sich-unterwerfen wurzelndes war. Sie hatten es offenbar darauf abgesehen, den Mann in diese eigentlich Ihnen zukommende Rolle des Erduldens hinabzudrücken, und gerade diese Umkehrung des normalen Verhältnisses bereitete Ihnen Lustgefühle. Ich nehme an, daß diese Lustgefühle gipfelten in einem Anschauen und sich Weiden an dem sexuellen Orgasmus des Mannes. Das Sexualziel war also ein ausgesprochen sadistisches. Für die Annahme, daß Sie in der Tat zu einer mehr sadistischen Auffassung des Geschlechtsgenusses hinneigen, spricht auch Ihre ganze Charakteranlage. Es fehlt Ihnen noch jede frauenhafte Weichheit, Ihre ganze Persönlichkeit in körperlicher und geistiger Hinsicht macht einen auffallend knabenhaften Eindruck. Sie selbst erwähnten häufig Ihre Herrschsucht, Ihr unbotmäßiges Wesen, Ihre Neigung zu tollen Streichen, wie man sie mehr von Jungen als von Mädchen erlebt, und wiesen ganz besonders darauf hin, daß Sie mit großer Vorliebe Männer, die sich um Sie bemühten, verulkten und an der Nase herumführten. Obwohl Sie keine besonderen körperlichen Vorzüge besitzen, glaube ich Ihnen nichtsdestoweniger, daß um Ihretwillen Männer des öfteren schon gehörig aneinandergeraten sind. Denn Sie gehören zweifellos zu den weiblichen Wesen, die durch ihr kindlich naives und doch kokettes Wesen einerseits ein Anziehungspunkt, durch die rücksichtlose Befriedigung Ihrer sadistischen Instinkte, d. h. Ihrer Freude an Grausamkeit, andererseits eine Gefahr für manche Männer bilden. Wie Ihr ganzes Wesen ein unentwickeltes ist, ist eben auch Ihre Sexualität eine unreife, wie wir Ärzte sagen, infantile. Es überraschte mich daher keineswegs zu hören, daß Sie an normalem Geschlechtsverkehr keine Freude haben. Sie wissen, daß ich das längst angenommen habe, bevor Sie mir diese Tatsache berichteten. Daß der Verkehr in umgekehrter Lage Sie einigermaßen befriedigt, erklärt sich einfach so, daß Sie bei dieser Art des Verkehrs eben auch Aktivität und Stellung des Mannes innehaben und daher Ihren sadistischen Instinkten die Zügel schießen lassen können. Zu einer vollen Befriedigung kommt es aber auch dabei nicht, da keine Reizung der Mundzone stattfindet, und da Sie offenbar dabei auch die Situation nicht in dem Maße beherrschen können, wie es bei dem munderotischem Verkehr der Fall war.

Sehr charakteristisch für Ihre sexuellen Wünsche sind auch zwei kurze Träume, die Sie in der letzten Nacht hatten und mir vorhin mit-



teilten. Der Inhalt des einen ist der: Auf dem Divan sahen Sie einen Ihnen bekannten Herrn mit nach oben verschränkten Armen liegen und mit den Beinen zappeln. Die Deutung ist einfach genug. Die Lage des Mannes entspricht der Stellung, in der Sie ihn bei Ausübung des Geschlechtsverkehrs zu sehen wünschen, das Zappeln der Beine deutet auf seine sexuelle Erregung. Der andere Traum lautet so: Schwester Kaethe (Ihre Pflegeschwester) reicht der Kronprinzessin einen Löffel Suppe. Kurz vorher hatten Sie in der Zeitung gelesen, daß die Kronprinzessin ein Kind bekommen hat. Der Traum ist eine Wunscherfüllung. Sie identifizieren sich mit der Kronprinzessin, da Sie ja eine Schwangerschaft herbeisehnen, um — und das besagt der Rest des Traumes — wieder voll und ganz zur munderotischen Betätigung zurückkehren zu können. Das Bild des Suppenlöffels steht hier für das des männlichen Geschlechtsteils, die Suppe ist der in ihm befindliche Samen, den Sie wieder in den Mund zu bekommen wünschen, was Sie aber erst für möglich halten, nachdem Sie Ihren ehelichen Pflichten nachgekommen sind."

Die vorgetragenen Auffassungen, auch die Deutung der Träume, werden von der Pat. ohne weiteres akzeptiert. Ihre Frage, ob eine Schwängerung beim Geschlechtsverkehr in umgekehrter Lage möglich sei, beantworte ich in bejahendem Sinne.

22. XII. Ruhig, heiter. Liegt viel auf dem Bauch! Äußerte schon früher, sie liege gerne so.

23. XII. Wird von ihrem Gatten abgeholt, um die Weihnachtstage zu Hause zu verleben. Geht in bester Stimmung. Die Schmerzempfindung ist noch überall, bis auf die normal empfindliche Mittellinie aufgehoben.

Am 27. XII. erhalte ich ein Schreiben von der Pat., aus dem ich Folgendes wiedergebe:

— — — Die Fahrt ging ohne jeden besonderen Zwischenfall vonstatten, und war ich selbst erstaunt, daß es so schön ging. Ich habe mich unendlich gefreut, als ich wieder in den lieben Räumen zu Hause war, und habe mit meinem Mann ein schönes Weihnachtsfest verlebt. Am ersten Tag habe ich offengestanden sehr wenig gelegen, dafür aber den gestrigen Tag bis abends im Bett zugebracht und ebenso heute. Die Nächte waren sehr sehr unruhig. Kein Auge habe ich zugetan, die gräßlichsten Bilder entstanden vor meinen Augen. Am meisten verfolgt mich das Bild, daß mich jemand veranlaßt, mich von meinem Mann scheiden zu lassen. Ich habe auch das Empfinden, daß das Gefühl der Mittellinie wieder etwas zurückgegangen ist, und halten wir es alle für das Beste, wenn ich morgen wieder zurückkehre, denn hier bin ich doch etwas aufgeregter. Angstanfälle sind nicht wieder aufgetreten, nur die bösen Bilder verfolgen mich immer. — — —

Nach einer anstrengenden, durch wiederholte Pannen unter-



›rochenen Automobilfahrt kommt Pat. abgespannt und blaß um 11 Uhr ıbends in der Anstalt an.

28. XII. Auf 1 g Ver.-Natr. leidlich gut geschlafen. Zu Hause ıabe sie so gut wie gar nicht geschlafen und sei des Nachts von ängst-ichen Träumen geplagt worden, deren stets wiederkehrender Inhalt der ›var, daß sie von einem Manne vergewaltigt würde, daß der alte Bräutigam ›vieder da sei, daß er oder ein anderer ihren Mann umbringen wolle. Über lie während des Aufenthalts zu Hause vorgefallenen sexuellen Ereignisse befragt (ich hatte sie natürlich ermahnt, sich des Geschlechtsverkehrs zu enthalten), gibt sie an, daß sie mit ihrem Mann per vaginam, aber in ımgekehrter Position verkehrt habe. In normaler Lage habe sie gar nicht den Versuch gemacht. Der sexuelle Genuß, der anfangs normal gewesen sei, habe sich dann sichtlich verringert, so daß sie schließlich selbst darauf drang, wieder in die Anstalt zurückzukehren. Die Deutung der ängstlichen Träume machte auf Grund dieser Mitteilungen keine Schwierigkeiten. Da sie sich ausschließlich vaginal betätigte, war die sexuelle Befriedigung eine mangelhafte, es meldete sich daher wieder mächtig das Verlangen nach Munderotik in Gestalt des alten Bräutigams, der den Mann, der den Wunsch nach normalem sexuellen Verkehr repräsentiert, umbringen will. Die fortwährende Angst vor einer Vergewaltigung (um eigentliche Träume hat es sich wohl gar nicht gehandelt) entspricht den verdrängten masochistischen Sexualtrieben, dem Wunsche nach einem Geschlechtsverkehr, in dem sie die Rolle des Unterworfenen, des Weibes spielt. Daß sie sich sowohl vor dem früheren Bräutigam wie vor einer Vergewaltigung ängstigt, zeigt, daß beide Sexualitäten sich in der Verdrängung befinden.

Die Gefühlsabstumpfung auf beiden Körperhälften besteht nach wie vor, nur hat sich die normal empfindliche Mittellinie etwas nach links verbreitet, so daß sie jetzt ein etwa 1 cm breites Band darstellt.

Starker Juckreiz am rechten Unterarm, ausgehend von dem in Abheilung begriffenen Herpes.

29. XII. Schmerzen in der linken Brustdrüse.

30. XII. Außerdem Schmerzen auf der linken Seite des Leibs.

31. XII. Schmerzen wie gestern und vorgestern. Außerdem Schmerzen im linken Auge, an dem sie fortwährend reibt.

Außer Bett. Heiter, nimmt an der Sylvesterfeier teil.

1. I. 1912. „Die ganze linke Körperhälfte tut weh.“

Während ich in meinen früheren Äußerungen der Pat. gegenüber es noch als immerhin wahrscheinlich hingestellt hatte, daß ihre sexuelle Perversion eine erworbene und daher heilbare sei, sagte ich ihr heute, daß sie doch vielleicht mit der Tatsache werde rechnen müssen, daß ihre Sexualität sich noch in einem Entwicklungsstadium befinde und erst im Laufe der Jahre zu einer normalen weiblichen heranreifen werde. Daraufhin erzählte mir die Pat. folgende Begebenheit: Vor 2 Jahren



hatte sie, während der frühere Bräutigam verreist war, sich von einem Freunde desselben verführen lassen und mit diesem einmal in völlig normaler Weise geschlechtlich verkehrt; dabei habe sie vollen Genuß gehabt. Letztere Behauptung erscheint aber nicht glaubwürdig. Denn wie sie schon früher angegeben hatte, war zu der gleichen Zeit, als der Bräutigam verreist war und sie mit dessen Freunde in, wie sie damals behauptete, harmlosen Beziehungen stand, zum ersten Male der nervöse Husten aufgetreten. Dieser charakterisiert sich aber, wie ich nachgewiesen habe, als die Folge des Versuchs, die perverse munderotische durch normale sexuelle Betätigung zu ersetzen, und drückt gleichzeitig ein Mißlingen dieses Versuchs aus. Es ist außerdem mit Hinblick auf ihren ausgesprochenen Mangel an Hemmungen nicht anzunehmen, daß sie sich mit einem einmaligen Verkehr begnügt hätte, wenn sie von ihm volle Befriedigung gehabt hätte.

Die Mitteilung der Pat. von diesem Ereignis schaffte übrigens die Erklärung für das bisher noch unaufgeklärte Eintreten des „Freundes" als Symbol für normalen Geschlechtsverkehr in dem am 19. XII. mitgeteilten Traum.

2. I. Schlief gut und traumlos. Vormittags plötzlich starke Schmerzen im Leib. Weint.

Nachmittags ruhig, heiter. Die Schmerzempfindung ist überall wieder vorhanden. Die Oberflächenreflexe sind auslösbar. Die Schmerzen der linken Körperhälfte sowie das Jucken am rechten Unterarm sind angeblich völlig verschwunden. Während des Schmerzanfalls heute vormittag habe sie intensiv daran denken müssen, daß sie ein Kind haben wolle.

Zur Ergänzung ihrer Mitteilungen gibt sie an, daß sie nach dem einmaligen normalen Verkehr mit dem Freunde des früheren Bräutigams auch einmal mit letzterem per vaginam verkehrt habe. Von diesem Verkehr habe sie keine Befriedigung gehabt, das sei aber daher gekommen, weil der Bräutigam ein Kondom benutzt habe. Aus Furcht vor einer Schwangerschaft habe sie dann ganz auf den Verkehr per vaginam verzichtet. Es bedarf keiner Erläuterung, daß die Erklärungen der Pat. auf einer Selbsttäuschung beruhen, die sie zur Rechtfertigung der ungenehmen perversen Betätigung herangezogen hatte. Ich hielt es aber zunächst nicht für richtig, sie hierüber aufzuklären, zumal sie jetzt, da sie sich für gesund hielt, sehr auf Entlassung drängte und der Ehemann ihr zugesagt hatte, sie in einigen Tagen abzuholen. Ich suchte sie dabei in ihrer Ansicht zu bestärken, daß sie jetzt gesund und in der Lage sei, ihren ehelichen Pflichten nachzukommen. In Wirklichkeit war ich der Ansicht, daß die Wiederkehr des Gefühls am ganzen Körper der Bereitschaft für die perverse Art der Befriedigung entsprach und die Frigidität für den normalen Verkehr nach wie vor bestand.

4. I. Menstruiert. (Die letzte Menstruation war am 8. XI.)

Menstruationsbeschwerden. Steigerung der Schmerzen auf der linken Seite des Leibes, die von Antipyrin + Atropin nicht beeinflußt werden, dagegen auf 1,1 g Pantopon subkutan weichen, sich aber nach einigen Stunden wieder einstellen.

Die Pat. klagt gleichzeitig spontan, daß sie keine Luft durch die Nase bekomme. Ihr Hausarzt habe früher einmal festgestellt, daß in der Nase etwas nicht in Ordnung sei.

6. I. Die menstruellen Blutungen haben sistiert. Pat. ist angeblich beschwerdefrei. Ist außer Bett, ruhig, heiter. Träumte nachts, sie sei von einem ihr bekannten Herrn furchtbar geschlagen worden. Drängt sehr auf Entlassung. Als Grund ihres Drängens gibt sie an, sie könne es nicht erwarten, so brenne sie darauf, mit ihrem Manne normalen sexuellen Verkehr zu beginnen.

8. I. Verläßt heute, ungeachtet des ärztlichen Rats, noch 4—6 Wochen zu bleiben, die Anstalt.

Am 15. I. erhielt ich von ihr ein Schreiben, in dem sie mir über ihr Befinden wie folgt berichtet:

— — — 8 Tage bin ich nun bereits zu Haus und kann Ihnen erfreulicherweise mitteilen, daß es mir ziemlich gut ergangen ist. Der Appetit hat sich bedeutend gebessert, ich esse jetzt viel, viel mehr. Ich gehe mit meinem Mann vor- und nachmittags spazieren, was mir sehr gut bekommt. — Nun über die Einzelheiten. Betreffs des sexuellen Verkehrs kann ich Ihnen Gott sei Dank mitteilen, daß sich alles so normal eingestellt hat, wie Sie es mir vorausgesagt hatten [1]). In den ersten Tagen wollten meine Zweifel, die ich Ihnen gegenüber noch am letzten Tage ausgesprochen habe, nicht recht weichen und war ich erst noch hoffnunglos, was aber nun vorüber ist und mich beruhigt. — Nun sind aber noch so verschiedene Symptome wieder aufgetreten, die mich beunruhigen und bitte ich Sie, mir Ihre Meinung darüber zu äußern. Sie werden sich gewiß erinnern, daß ich, als ich Weihnachten zu Ihnen zurückkam, über heftige Schmerzen in der Herzgegend und der linken Brust klagte. Diese Schmerzen sind seit einigen Tagen wieder aufgetreten und steigern sich manchmal zur Unerträglichkeit. Ebenso verspüre ich auch im Leib oft Schmerzen, aber nicht nur an der alten Stelle. — Nun muß ich Ihnen, lieber Herr Doktor, leider auch noch mitteilen, daß ich seit heute wieder eine Gefühlsstörung, die sich auf die rechte Körperhälfte bezieht, bemerkt habe. Das Gefühl ist ganz bedeutend zurückgegangen, und bitte ich Sie, mir mitzuteilen, was ich dagegen tun soll, damit es sich nicht etwa wieder über den ganzen Körper verbreitet. — Mein Schlaf ist leider auch nicht besonders und nehme ich auf Anraten des Hausarztes noch jeden Abend Veronal. Trotzdem wache ich aber noch sehr oft auf und werde manchmal unruhig und weine etwas. — Alles übrige ist ja in Ordnung, nur mit der

[1]) Diese Bemerkung illustriert treffend die Fähigkeit der Kranken zur Verdrängung unlustbetonter Gedanken.



Verstopfung ist es noch das alte und haben die Einläufe, die wir bis jetzt gemacht haben, noch nicht so recht gewirkt. Auch wollte ich noch bemerken, daß zeitweise der Ausfluß recht stark auftritt und zwar meistens, wenn wir spazieren waren; vielleicht hängt das auch mit den Nerven zusammen. So ganz das Richtige ist es doch noch nicht. — — —

Am 16. I. wandte sich der Gatte telephonisch an uns mit der Bitte seine Frau wieder aufzunehmen, da sie von neuem in der gleichen Weise wie damals erkrankt sei.

Ist bei der Aufnahme ruhig, verstimmt, Gibt an, wieder Angst zu haben. Ferner klagt sie über Schmerzen in der linken Brustdrüse auf der linken Seite des Leibs und im linken Arm. Sie lutscht wieder auffallend viel an den Lippen. Auf der ganzen rechten Körperhälfte erfolgt auf Nadelstiche keine Reaktion, dagegen ist die Mundhöhle auch rechts normal empfindlich.

18. I. Schlaf auf Mittel. Habe zu Hause mit ihrem Manne ma in normaler Weise in der ihr als Frau zukommenden Lage verkehrt. dab zuerst keinen, dann etwas mehr Genuß gehabt. Schließlich habe sie wieder so gut wie nichts empfunden, und gleichzeitig hätten sich wieder stets wachsende Schmerzen auf der linken Seite des Leibes, dann in der linken Brustdrüse und im linken Arm eingestellt. Mit der Gefühlsabstumpfung rechts sei dann auch die Angst wiedergekommen. Sie drängt sehr a gynäkologische Behandlung und Untersuchung durch einen Frauenarzt.

19. I. Nachts viel Schmerzen. Angst nur noch sehr gering.

20. I. Die Gefühlsabstumpfung hat sich inzwischen auch auf di inke Körperseite und auf die Mundhöhle erstreckt. Untersuchung durch Frauenarzt. Derselbe stellt außer dem bereits früher erhobenen Befund einen Scheidenkatarrh und eine Vergrößerung und Druckempfindlichkeit des r e c h t e n Eierstocks fest. Die Schmerzen auf der linken Seite des Leibes finden durch den gynäkologischen Befund nach Ansicht de Spezialisten keine Aufklärung.

Behandlung: Ichtyol-Glyzerin-Tamponade. Scheidenspülungen Wärme-Applikation.

Im Anschluß an die Untersuchung gab ich der Pat. gegenüber de Möglichkeit zu, daß ihre Unfähigkeit zu ehelichem Verkehr ihre Ursache in der Empfindlichkeit des rechten Eierstocks habe, die wohl geeignet sei, beim sexuellen Akt Schmerzen und Unlustgefühle hervorzurufen. Ich sagte ihr, man müsse zunächst einmal abwarten, bis die Anomalie beseitigt sei, dann erst könne sich herausstellen, ob diese Vermutung zutreffe. Pat. ist sehr hoffnungfreudig, glaubt bestimmt, daß sich alles so verhalte, sie habe auch immer Schmerzen beim Verkehr gehabt, sie sich wohl nur nicht eingestehen wollen. Auf ihre diesbezügliche Frage betone ich die Notwendigkeit einer monatelangen sexuellen Abstinenz, worauf sie entgegnet, daß sie das nicht aushalten könne. Ich erwidere, daß ein normaler Verkehr jedenfalls zunächst verboten sei, wie sie sich



nzwischen mit ihrer Sexualität abfinde, darüber könne ich ihr einen Rat ıicht erteilen.

Pat. hatte nun die Lösung des Konflikts erreicht, die sie von Anfang n mit dem Verlangen nach gynäkologischen Untersuchungen erstrebte, ıämlich das ärztliche Verbot des ehelichen Verkehrs auf Grund des Betehens einer Anomalie an den Sexualorganen. Es stellte sich lann auch fast unmittelbar im Anschluß an meine Jnterredung mit ihr die Schmerzempfindung am anzen Körper wieder ein. Der innere Zusammenhang dieser Erscheinung mit der erzielten Lösung des Konflikts wird treffend dadurch llustriert, daß sie sofort ihrem Manne schrieb in dem Sinne, sie sei wieder ;anz gesund und eine nervenärztliche bzw. Sanatoriumsbehandlung rübrige sich, sie müsse sich nur noch eine Zeitlang in Behandlung eines Frauenarztes begeben; sie erörtert allerhand Pläne, wie das zu machen sei, ınd weist auch daraufhin, daß ja vielleicht der Hausarzt die Behandlung ıbernehmen könne. Als ich ihr daraufhin entschieden erkläre, daß eine Rückkehr zu ihrem Manne auf Monate hinaus ausgeschlossen sei, ist sie ichtlich enttäuscht, und gleichzeitig ist eine deutliche Herabsetzung der Schmerzempfindung auf der inken Körperhälfte festzustellen.

21. I. Heute sind auch die Schmerzen wieder da.

Ich äußere, daß sie „gesund" gewesen sei, weil sie gehofft habe, mit lem ärztlichen Verbot des ehelichen Geschlechtsverkehrs in der Tasche zu ihrem Manne zurückkehren zu können und nun gewissermaßen ein verbrieftes Recht zu der ihr genehmen perversen Sexualbetätigung zu besitzen. Die ihr bereitete Enttäuschung habe wieder zur Verwerfung les Wunsches nach dieser Art der Befriedigung geführt und körperlich hren Ausdruck gefunden in erneuter Gefühlsabstumpfung auf der linken Körperhälfte.

22. I. Links ist völlige Analgesie, rechts Hypalgesie eingetreten. Die Schmerzen und Druckempfindlichkeit im linken Hypogastrium sind sehr erheblich. Die Druckempfindlichkeit entspricht einer scharf abgegrenzten, etwa dreimarkstückgroßen Zone, in deren Bereich Sensibilität und Schmerzempfindung nicht aufgehoben ist. Während ich anfangs der Ansicht war, daß diese Schmerzen einem hysterischen Symptom entsprechen, das in der im linken Beckenbindegewebe nachweisbaren Verdickung sein somatisches Entgegenkommen findet, habe ich mich mehr und mehr davon überzeugt, daß wir es hier mit einer Neuralgie zu tun haben. Schon während der Menstruation am 4. XII. war mir aufgefallen, daß gleichzeitig mit der Steigerung der Schmerzen sich eine Schwellung der Nasenschleimhaut eingestellt hatte, die mir die *Fließ*sche [1]) Theorie von dem

[1]) *Wilhelm Fließ*, Über den ursächlichen Zusammenhang von Nase und Geschlechtsorgan. Zugleich ein Beitrag zur Nervenphysiologie. **Carl Marhold, Halle 1910.**



nasalen Ursprung dysmenorrhoischer Beschwerden in Erinnerung brachte. Schon damals habe ich der Pat. den Versuch vorgeschlagen, zur Beseitigung der Leibschmerzen die Nasenschleimhaut mit Kokain zu pinseln, was sie aber lachend ablehnte. Inzwischen war nun auch wiederholt eine Interkostalneuralgie aufgetreten, mit der nach *Fließ* die intermenstruellen Schmerzen häufig vergesellschaftet sind. Außerdem lag auch die von *Fließ* als typische Ursache der nasalen Dysmenorrhoe bezeichnete Tatsache, die Onanie bzw. der Onanismus conjugalis, vor. (Die Änderung der Auffassung bezüglich der Genese dieser Schmerzen hatte natürlich keinen Einfluß auf die Annahme ihrer Bedeutung als hysterisches Symptom. Lediglich das somatische Entgegenkommen wurde in einer anderen Grundlage gesehen.) Ich habe nun, dem Vorgehen von *Fließ* folgend, die Nasenschleimhaut der Pat. mit Kokain gepinselt, wobei ich nur eine 5 prozentige Lösung (*Fließ* verwendet eine 10 prozentige) zur Anwendung brachte. Nach drei Minuten wurden die Schmerzen im Leib geringer und waren nach sieben Minuten völlig verschwunden. Nach 3½ Stunden stellten sie sich allmählich wieder ein. Abends wurde die Pinselung wiederholt.

23. I. Hat infolge der Kokainpinselung zum erstenmal seit der Wiederaufnahme wirklich gut geschlafen.

Heitere, übermütige Stimmung. Die linke Körperhälfte ist nach wie vor analgisch, auf der rechten werden Nadelstiche als Berührung empfunden. Auf dem Rücken, von der Schulter bis zur Ferse, läßt sich beiderseits eine sagittal verlaufende durch den angulus scapulae gehende, normal empfindliche Linie nachweisen, die gewissermaßen jede der beiden Körperhälften in zwei Teile teilt. Diese Linien bleiben auch nach Pinselung der Nasenschleimhaut mit 10 prozentiger Kokainlösung unverändert bestehen, während die schmerzempfindliche Zone im linken Hypogastrium nahezu ausgelöscht wird.

25. I. Die Kokainpinselungen haben stets den gleichen Erfolg. Die Schmerzen verschwinden in 3—8 Minuten und treten nach 3—4 Stunden wieder auf. Appetit und Schlaf sehr gestört.

26. I. Weint nach Empfang eines Briefes von ihrem Manne. Es tue ihr so leid, daß er durch ihre Krankheit immer allein sein müsse. Dabei ist die ganze rechte Körperhälfte normal empfindlich, die linke wie vorher. Nachdem sie sich beruhigt hatte, konnte bezüglich der Schmerzempfindung der gleiche Befund wie vorher (siehe Eintrag vom 23. I.) erhoben werden (über die Entstehung dieser Erscheinung siehe S. 908).

27. I. Konsultation Dr. *Fließ*. Kokainversuch positiv. Darauf wird die Schleimhaut beider unteren Muscheln mit Trichloressigsäure verätzt. Nach der Behandlung ist Pat. sehr angegriffen, klagt über Schwindelgefühl. Besserung nach Koffeininjektion.

28. I. Die Schmerzen auf der linken Seite des Leibs sind völlig verschwunden, auch die entsprechende empfindliche Zone ist ausgelöscht.

agegen klagt Pat. jetzt über Schmerzen an der korrespondierenden telle der rechten Seite des Leibs.

31. I. In den letzten Tagen starke Erregung im Anschluß an mpfang eines anonymen Briefes, in dem behauptet wurde, ihr Mann nterhalte in ihrer Abwesenheit ein Verhältnis. Sie klammerte sich an iesen Gedanken mit dem ganzen abfuhrbedürftigen Affekt der verrängten Sexualität. Sie behauptete, die Beschuldigung sei wahr, führte lle möglichen unwahrscheinlichen Gründe an, die für die Untreue des Iannes sprächen, telegraphierte den Eltern, verbat sich den Besuch des Iannes, sprach von Scheidung, jammerte, heulte, habe Angst vor dem Iann.

2. II. Menstruiert.

3. II. Der Besuch der Eltern brachte ihr wenig Beruhigung. Sie ß so gut wie nichts mehr, klagte über starken Durst und trank enorme Iengen Pomril. Trockenheit des Mundes und des Rachens. Zunge belegt. oetor ex ore. Erbrechen. Starke Magenschmerzen. Schlaf völlig aufehoben. Hyperalgische Zonen im Epigastrium und im rechten Hypoastrium. Eine hyperalgische Linie reicht von der Mitte der Symphyse um Nabel, knickt rechtwinklig ab und verläuft horizontal nach links.

Steigerung der Erregung vor dem Besuch des Mannes, lautes Jammern, roße Angst. Dann allmählich Beruhigung.

4. II. Schon nach dem ersten Besuch des Mannes war Pat. völlig usgesöhnt und gab zu, daß sie ihm Unrecht getan habe.

Heute ist während des Besuches des Mannes die Sensibilität und Schmerzempfindung am ganzen Körper wieder aufgetreten. Auf Befragen vie das gekommen sei, gibt Pat. an, daß sie mit ihrem Mann einen coitus er os ausgeführt habe, unmittelbar darauf habe sie Kribbeln in den ingerspitzen verspürt, und dann habe sie bemerkt, daß das Gefühl wiederekommen sei.

Es bestehen jetzt wieder Schmerzen auf der linken Seite des Ablomens (wohl durch die Menstruation hervorgerufen), gegen die Pantoponnjektionen mit Erfolg verabreicht werden.

6. II. Besserung. Magenkatarrh beseitigt.

7. II. Die Schmerzen links verschwinden auf nochmalige Ätzung ler Schleimhaut der unteren Nasenmuscheln durch Dr. ***Fließ***. Die angebich vorhandenen rechtseitigen Schmerzen sind von der Nase aus nicht u beeinflussen.

11. II. Fühlt sich recht wohl. Allgemeinbefinden gut. Nahrungsufnahme, Schlaf befriedigend. Keine Sensibilitätstörungen. Die Leibschmerzen links sind nicht wieder aufgetreten. Außer Bett.

13. II. Nachts nahezu schlaflos infolge sexueller Erregung (eigene Angabe der Pat.). Die Leibschmerzen der rechten Seite steigern sich gegen Abend.

14. II. Gestern abend auffallend still, lutschte wieder viel an den



Lippen, grimassierte, wie wenn sie von unangenehmen Gedanken gepeini würde. Schlief erst nach der zweiten Pantoponinjektion, die sie stürmis und eigensinnig verlangt hatte. Gibt heute an, daß sie am ganzen Körp starkes Hautjucken habe. Äußert spontan, das sei daher gekommen, we sie sich normalen Verkehr mit ihrem Mann vorgestellt habe. Sie wolle vo Munderotik nichts mehr wissen. Gibt die Absicht zu, bei dem wied bevorstehenden Besuch des Mannes normalen Verkehr zu versuchen. S glaube, daß sie jetzt dazu imstande sei, nachdem die gynäkologis Behandlung 4 Wochen lang durchgeführt sei.

21. II. Schmerzen unterhalb des linken Rippenbogens. Hier is eine hyperalgische Zone von etwa Dreimarkstückgröße nachweisbar.

1. III. Im Anschluß an den Besuch des Mannes, mit dem sie geg den ausdrücklichen Rat des Arztes sexuell (normaliter) zu verkehr versuchte, wieder erregt, schlaflos; hustet, hat leichte Angst, Schmerz überall, auch Kopfschmerzen, Übelkeit, vorübergehend auch Erbrechen. Abneigung gegen jedes Fleisch, besonders Hammelfleisch, Vorliebe für Eierspeisen (Sexualsymbolik). Gib zu, durch den Verkehr nicht befriedigt worden zu sein.

4. III. Steigende Erregung. Reizbar, launisch; unmotivierte Stimmungschwankungen. Abendliche Unruhe. Leichte Angst. Mangelhafte Nahrungsaufnahme. Schlafstörung.

6. III. Unfolgsam. Fügt sich weder den ärztlichen Anordnunge noch der Hausordnung. Beklagt sich über unfreundliche Behandlung ist zwischendurch ausgelassen heiter, macht sich über die Umgebung lustig, kommt fortwährend in Konflikte.

7. III. Hat wieder Leibschmerzen links. Legt sich spontan i Bett. Abends ängstliche Unruhe. Völlige Analgesie der rechten Körpe hälfte. Weint. Wirft sich in deutlicher sexueller Erregung im Bett her und verhält sich schließlich so störend, daß die Verlegung nach der g schlossenen Abteilung vorgenommen werden muß. Während ich sie hie in energischem Tone ermahne sich zu beruhigen, wirft sie sich in au gesprochenem Orgasmus herum, stöhnt wie beim Erdulden eines Koitu und schreit zwischendurch wütend auf.

8. III. Ruhiger.

9. III. Die Analgesie hat sich auf den ganzen Körper ausgebreite Abends Angst und Schmerzen.

11. III. Wesentliche Besserung. Versucht noch ab und zu durc Heulszenen etwas durchzusetzen. Großer Durst. Trinkt viel Milc dieselbe muß roh sein und etwas Kognak enthalten, sonst trinkt sie sie nicht (Sexualsymbolik!).

13. III. Gewichtzunahme. Hebung des Allgemeinbefinden Besserung des Schlafs. Heitere Stimmung. Heute ist auch die Analgesie wieder verschwunden. Pat. gibt selbst an, das sei geschehen infolge Wiederaufnahme des Wunsches nach munderotischer Betätigung. Schon sei



mehreren Tagen keine Schmerzen mehr, höchstens eine Spur auf der linken Seite des Leibs.

16. III. Zu ihren Eltern entlassen mit dem Rat, sich sexuellen Verkehrs auf Monate hinaus zu enthalten.

Suchen wir uns nun ein klares Bild von der Erkrankung und ihren wahren Ursachen zu machen. Die Analyse hat einwandfrei den Nachweis erbracht, daß bei der Pat. eine Frigidität gegenüber normalem sexuellen Verkehr besteht, daß die Betätigung der Sexualität eine perverse ist, und daß die Erkrankung die Folge des Verlangens ist, die perverse Sexualität zugunsten der normalen zu verdrängen. Um zu einem vollen Verständnis von der Art der Sexualbetätigung und auch, wie wir sehen werden, der Neurose zu gelangen, ist es zweckmäßig, die Symptome, die der Verdrängungsprozeß gezeitigt hat, einer eingehenden Betrachtung zu unterwerfen. — Die ersten Symptome, die unmittelbar im Gefolge der Vorgänge in der Hochzeitnacht auftraten, waren gesteigerte Schmerzen auf der linken Seite des Leibes und Blasenlähmung. Auf die ersteren komme ich weiter unten zu sprechen. Was die Blasenlähmung betrifft, so ist mit Hinblick darauf, daß sie unmittelbar im Anschluß an den versuchten vaginalen Verkehr auftrat, die Annahme, daß sie als Folge des Verdrängungsprozesses anzusehen ist, von vornherein recht wahrscheinlich. Man könnte zu ihrer Erklärung allerdings auch die von *Havelock Ellis*[1]) erwähnte Tatsache heranziehen, daß die Füllung der Blase „wahrscheinlich nicht nur auf mechanischem, sondern auch auf reflektorischem Wege Erregung und Genußfähigkeit steigert". Es würde dann also die Harnretention gewissermaßen die anästhetische oder nur wenig empfindliche Scheidenschleimhaut bei der Erzeugung sexueller Erregung unterstützt haben. In diesem Sinne ist die Auffassung aber nicht zutreffend, schon deshalb nicht, weil die Harnretention über die Dauer des sexuellen Verkehrs hinaus sinnlos gewesen wäre, und sie ja auch vom Willen völlig unabhängig war. Nichtsdestoweniger kommen wir zur einzig zutreffenden Erklärung des Symptoms, wenn wir bei *Havelock Ellis* weiterlesen: „Umgekehrt steigert sexuelle Erregung die Explosibilität der Blase, Harndrang tritt auf, und beim Weibe begleitet den sexuellen Orgasmus nicht selten eine unwill-

[1]) *Havelock Ellis*, Das Geschlechtsgefühl. Deutsch von *Hans Kurella*. Würzburg, A. Stubers Verlag, 1909.



kürliche, manchmal reichliche und starke Urinergießung." Ist also eine unwillkürliche Urinentleerung in diesem Zusammenhange als Begleiterscheinung eines sexuellen Orgasmus aufzufassen, so ergibt sich die Bedeutung der Blasenlähmung ohne weiteres als Abwesenheit eines solchen, ja als Fehlen einer sexuellen Erregbarkeit überhaupt. Die Urinentleerung erscheint mit einem Schlage als Teilerscheinung der sexuellen Befriedigung, als Mittel zur sexuellen Entspannung, und beweist gerade durch ihr Unterbleiben, daß zurzeit eine sexuelle Entspannung unmöglich ist und zwar deshalb, weil infolge der Verdrängung der Sexualität die Erregungsleitung eine Unterbrechung erlitten hat. Um sich in den Stand zu setzen, normal sexuell zu verkehren, hatte die Pat. ihr Verlangen nach perverser Betätigung verdrängt, damit aber auch die Möglichkeit, zu einer körperlichen Befriedigung zu gelangen, da diese ja mit der perversen Betätigung untrennbar vereint war. Die Folge der Verdrängung ist daher somatische Anästhesie gegen jede Art des geschlechtlichen Verkehrs, die sich in der Aufhebung aller Innervationen [1]), die mit der sexuellen Entspannung zu tun haben, äußern mußte. Betrachten wir uns nun die übrigen Innervationsstörungen, die zur Beobachtung kamen, unter dem gleichen Gesichtswinkel, so erkennen wir ohne weiteres, daß außer der Innervation der Blase die der Haut, des Darmes und der gesamten, der Bewegung dienenden Körpermuskulatur in Beziehung zu der körperlichen sexuellen Befriedigung stehen müssen, da der Verdrängungsprozeß Analgesie, gesteigerte Obstipation und Abasie im Gefolge hatte. Letztere war allerdings erst kurz vor der Aufnahme eingetreten, und bezüglich des Zeitpunktes, in dem sich die Gefühlsabstumpfung der Haut einstellte, habe ich Sicheres nicht in Erfahrung bringen können, da Pat., bevor sie hier auf das Bestehen dieser Störung aufmerksam gemacht wurde, von ihr überhaupt nichts wußte. Im übrigen ist aber der anfängliche Wechsel im Auftreten und in der Intensität der Symptome, wie bereits gesagt, zwanglos mit der mehr oder minder starken Energie, mit der die Verdrängung ausgeführt wurde, zu erklären. Zeitweise hatte Pat. sicherlich auf eine Verdrängung der perversen Neigung überhaupt ganz verzichtet. Bei ihrer Aufnahme in die Anstalt war die Verdrängung hingegen eine absolute, was sich

[1]) Der Spasmus des sphincter vesicae entspricht völlig dem Darmspasmus (siehe S. 879 Anm. 1).



in der weitgehenden Ausbildung der Symptome zu erkennen gab. Die Auffassung von den Beziehungen der Innervationen der genannten Organe zu der körperlichen sexuellen Befriedigung entspricht nun durchaus den Theorien *Freuds*[1]) von den Quellen der infantilen Sexualität. Die sexuelle Erregung entsteht nämlich nach *Freud* „erstens als Nachbildung einer im Anschluß an andere organische Vorgänge erlebten Befriedigung, zweitens durch geeignete periphere Reizung erogener Zonen, drittens als Ausdruck einiger uns in ihrer Herkunft noch nicht voll verständlicher „Triebe", wie der Schautrieb und der Trieb zur Grausamkeit." Die sogenannten erogenen Zonen zeigen aber nach *Freud* nur eine Steigerung einer Art von Reizbarkeit, welche in gewissem Grade der ganzen Hautoberfläche zukommt. Demnach treten bei manchen Arten allgemeiner Hautreizung, von denen *Freud* besonders die Temperaturreize hervorhebt, sehr deutliche erogene Wirkungen auf. (Hierauf beruht auch die Vorliebe unserer Pat. für besonders heiße Bäder, die nicht unter 40° C. geduldet wurden. In einem Bad von 38° C. trat regelmäßig eine deutliche „Gänsehaut" auf.) Ferner wird von *Freud* auf ausgiebige aktive Muskelbewegung als Quelle außerordentlicher Lust für das Kind hingewiesen.

Die Beweiskraft, die dem vorliegenden Falle innewohnt, beruht meines Erachtens unter anderem darauf, daß ich imstande bin, um mit *Freud* zu sprechen, neben dem Negativ auch das Positiv der sexuellen Perversion zu zeigen. Indem sich dabei ergibt, daß die im Anschluß an den Versuch eines normalen Verkehrs aufgetretene Neurose in der Tat nichts anderes als das Negativ der früher geübten Perversion ist, zeigt sich nicht allein das Wesen der Neurose selbst im klaren Licht, sondern auch der Mechanismus der sexuellen Befriedigung wird aufgedeckt. Die Pat. schöpfte ihre sexuelle Lust tatsächlich aus einer Reizung der Mundzone mittels Lutschens am Gliede des Mannes, der Analzone durch Eingießungen[2]), der ganzen

[1]) *Freud*, Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Leipzig u. Wien, Franz Deuticke, 1910.

[2]) Da das Negativ der Analerotik, die Stuhlverstopfung, schon seit Jahren besteht, so könnte man denken, daß die Analerotik jetzt keine Rolle mehr spielte. Wahrscheinlicher ist aber die Annahme, daß die Obstipation heute gar nicht mehr als ihr Negativ anzusehen ist, sondern

Haut durch Temperaturreize (heiße Bäder) und aus einem ausgiebigen Gebrauch der Muskulatur des Bewegungsapparates. Denn die Freude der Pat. an kindischem Umhertollen (wobei natürlich auch Hautreize infolge des Anpralls der Luft eine Rolle spielen), ist zu den Zeiten, in denen die Krankheitsymptome mehr zurückgetreten waren, ihrer Umgebung recht häufig aufgefallen. Dazu kamen als psychische Komponenten der Sexualität die Freude am Anschauen der sexuellen Lust des Partners und an seiner Unterwerfung, also die Triebe, die *Freud* Schau- und Grausamkeitstriebe genannt hat. Diesem Positiv entsprechen als Negativ die Symptome: Unempfindlichkeit der Haut, unangenehme Sensationen im Munde bzw. dem mit der Mundöffnung beginnenden Intestinaltraktus (Trockenheit, Reizhusten, Ekel vor dem Essen, Erbrechen), im After (Spasmen), Lähmung der der Bewegung dienenden Körpermuskulatur (Astasie, Abasie) und als psychisches Symptom Angst.

Neben den genannten Erregungsquellen kommt im Sexualleben unserer Pat. nun noch die in Betracht, die durch die digitalen Manipulationen des Partners gereizt wurde. Daß es sich hierbei nicht um die Scheidenschleimhaut, sondern um die Klitoris handelt, dafür scheint mir neben anderem vor allem der Umstand zu sprechen, daß sie bei Ausübung des coitus in normaler Lage keine, in umgekehrter Stellung etwas Befriedigung empfand. Im letzteren Falle hatte sie es eben völlig in der Hand, eine ausgiebige Reizung der Klitoris zu erzielen, was bei Aktivität des Mannes nicht der Fall ist. (Daneben kommen zur Erklärung dieser Tatsache auch noch die früher angegebenen Dinge in Betracht.) Sehen wir uns nun nach dem Negativ der Klitoriserregung um, so fällt uns sofort der bald stärkere, bald schwächere Schmerz im linken Hypogastrium ins Auge, der von den Hauptsymptomen allein noch einer Erklärung harrt. Daß es sich bei diesen Schmerzen um die von *W. Fließ* beschriebenen handelt, halte ich nach dem eklatanten Erfolg der *Fließ*schen Therapie in dem vorliegenden Falle für völlig erwiesen. Die Entstehung dieser

vielmehr als Folgezustand eines ungeheilten hysterischen Symptoms, das ursprünglich allerdings dem Negativ der Analerotik entsprach. Als auf diese später wieder zurückgegriffen wurde, Stuhlgang aber in ausreichender Menge nicht mehr erzielt werden konnte, wurde die Reizung der Analzone durch Eingießungen erzielt.



Schmerzen führt *Fließ* nun auf Veränderungen an den nasalen Genitalstellen zurück, die ihrerseits wieder auf die Onanie bzw. den Onanismus conjugalis zurückzuführen sind. Da die Onanie bei jungen Mädchen, wie *Freud* überzeugend nachweist, stets Klitorismasturbation ist, so ist der Zusammenhang der Schmerzen mit der Erregung der Klitoris meines Erachtens klar. Sie sind gewissermaßen eine unangenehme Begleiterscheinung der Lust, die durch Reizung der Klitoris entsteht; ein geeigneteres somatisches Entgegenkommen kann der in der Verdrängung befindliche Wunsch nach Befriedigung durch Klitorisreizung zum Zwecke der Konversion in ein körperliches Symptom überhaupt nicht finden.

Wir haben somit die wesentlichsten Symptome der Neurose völlig aufgeklärt und gefunden, daß sie in der Tat nichts anderes sind als das Negativ der bisher geübten sexuellen perversen Betätigung der Kranken. Wir haben gesehen, daß die Sexualität der Pat. sich zusammensetzt aus Lustempfindungen, die Reizungen der Klitoris, der Mund- und Afterzone, der gesamten Haut, der Urinentleerung und der Bewegung ihre Entstehung verdanken. Zu diesen somatischen Lustquellen kamen als psychische Komponenten die als Schau- und Grausamkeitstrieb bezeichneten Faktoren. Diese Regungen kann man mit Recht sadistische nennen, sie repräsentieren nach *Freud* die Sexualität des geschlechtlich noch indifferenzierten Kindes; es fehlen ihr noch alle spezifisch weiblichen Triebregungen, wie ja überhaupt die Sexualität des Kindes, wie *Freud* treffend bemerkt, ein Stück Männlichkeit darstellt. Erst die Pubertät bringt die Entwicklung zum Weibe, was körperlich dadurch zum Ausdruck kommt, daß die früheren erogenen Zonen an Bedeutung verlieren und die Erregung von der Klitoris auf die Scheidenschleimhaut fortgeleitet wird. *Freud* führt des weiteren aus, daß sich die Klitoris mitunter weigert, ihre Erregung abzugeben, was gerade durch ausgiebige onanistische Betätigung im Kinderleben vorbereitet wird, woraus die Anästhesie für den normalen sexuellen Akt resultiere. In der Tat läßt der vorliegende Fall eine andere Deutung nicht zu. Man könnte ja nun annehmen, daß die Sexualität der Pat. überhaupt eine kindliche ist, entsprechend dem kindlichen Habitus ihrer gesamten Persönlichkeit, entsprechend den Äußerungen der psychischen Komponenten ihres Geschlechtstriebes. Man darf aber nicht vergessen, daß die Letzteren Partialtriebe



der kindlichen Sexualität und somit mit den entsprechenden somatischen Komponenten untrennbar vereint sind. Man ist wohl zur Annahme berechtigt, daß die Pat., wenn es ihr vergönnt wäre, sich weiblich zu befriedigen, auch weiblich empfinden würde. Gerade diese Tatsache scheint mir auch die eigentliche Ursache des psychosexuellen Konfliktes zu sein. Der lediglich auf intellektuellen Faktoren basierende Wunsch, den ehelichen Pflichten nachzukommen, würde zur Erzeugung des Konfliktes kaum ausgereicht haben, andererseits würde die Verdrängung der infantilen Sexualität nicht immer wieder erfolgt sein, wenn sie nicht in dem inneren Empfinden der Kranken stets auf Widerstand gestoßen wäre. Auch einige der Erregungszustände der Pat., besonders der am 7. III., charakterisierten sich recht deutlich als Folge der Verdrängung einer ausgesprochen weiblichen, masochistischen Sexualität. Ich halte mich daher zu der Annahme für berechtigt, daß der psychische Umwandlungsprozeß der Sexualität vom Infantilen zum Weiblichen schließlich, wenn auch verspätet, so doch in durchaus normaler Weise einsetzte [1]), daß hingegen der körperliche Umwandlungsprozeß, die Abgabe der Erregung von der Klitoris auf die Scheidenschleimhaut, mit diesem nicht hat Schritt halten können, so daß der Konflikt sich gewissermaßen als ein Mißverhältnis zwischen den psychischen und somatischen Komponenten des Geschlechtstriebs darstellt. Der normalen Libido ist der normale Weg zur Befriedigung versagt, sie verhält sich, um die Worte *Freuds* zu gebrauchen, „wie ein Strom, dessen Hauptbett verlegt wird; sie füllt die kollateralen Wege aus, die bisher vielleicht leer geblieben waren.“ Das verlegte Hauptbett ist die anästhetische Vagina, die Kollateralen sind die Lustquellen der infantilen Sexualität.

Die vorgetragene Auffassung von dem Wesen der Frigidität gegen normalen sexuellen Verkehr, als deren letzte Ursache also die Onanie anzusehen ist, führt natürlich zu einer wesentlich günstigeren Prognose als die Annahme einer defekten Anlage, einer Entwicklungshemmung, der eine Weiterentwicklung zu normalen Verhältnissen versagt ist, gestatten würde. Wir haben uns daher auch für berechtigt geglaubt, die Prognose günstig zu stellen, vorausgesetzt, daß die Pat. unseren eindringlichen Rat, sich während mehrerer Monate jeglicher sexueller

[1]) Hemmend auf die Umwandlung wirkte allerdings auch das sexuelle Trauma.

Betätigung zu enthalten, befolge. Dabei haben wir uns nicht verhehlt, daß die Durchführung der sexuellen Abstinenz in Anbetracht der Minderwertigkeit der Pat. und ihrer starken sexuellen Triebe auf vielleicht unüberwindliche Schwierigkeiten stoßen würde. Aus diesem Grunde haben wir uns nur mit einer Entlassung zu den Eltern und nicht zu dem Manne einverstanden erklärt. Die erfolgte dann auch; wie aber nicht anders zu erwarten war, ist die Pat. wenige Tage nach ihrer Entlassung zu ihrem Manne durchgebrannt. Weitere Nachrichten über ihr Befinden habe ich nicht erhalten [1]).

Auf eine Tatsache will ich nun hinweisen, die aus der Betrachtung der Sensibilitätstörungen erhellt, und die, wenn sie durch fernere Beobachtungen bestätigt werden sollte, meines Erachtens eine nicht unwesentliche Bereicherung biologischer Erkenntnis bedeuten würde. Ich will zu diesem Zwecke die hauptsächlichen Sensibilitätstörungen, die beobachtet wurden, kurz rekapitulieren:

Bei der Aufnahme: Totale Analgesie.
Am 11. XII.: Sensibilität normal.
„ 12. XII.: Rechte Körperhälfte normal, linke analgisch.
„ 14. XII.: Totale Analgesie.
„ 18. XII.: Auftreten einer normal empfindlichen Mittellinie.
„ 2. I.: Das Gefühl breitet sich über den ganzen Körper aus.
„ 17. I.: Linke Körperhälfte und Mundhöhle normal, rechte unempfindlich.
„ 18. I.: Totale Analgesie.
„ 20. I.: Sensibilität normal.
„ 21. I.: Analgesie links.
„ 22. I.: Totale Analgesie.
„ 26. I.: Vorübergehend normale Empfindlichkeit rechts, links wie vorher.
„ 4. II.: Sensibilität normal.
„ 14. II.: Paraesthesien.
„ 7. III.: Analgesie rechts.
„ 9. III.: Totale Analgesie.
„ 13. III.: Normale Sensibilität.

Aus der vorstehenden Tabelle geht hervor, daß die Analgesie stets zuerst die eine Körperhälfte betraf und sich dann erst mehr oder weniger plötzlich auf den gesamten Körper erstreckte. Natürlich

[1]) Ich habe die Pat. inzwischen wiedergesehen. Es ist ihr seitdem relativ gut gegangen. Allerdings hatte sie auf normalen Geschlechtsverkehr gänzlich verzichtet.

muß dieses verschiedene Verhalten verschiedenen psychischen Prozessen entsprechen; daß es sich beim Schwinden der Sensibilität um Verdrängungsprozesse der Sexualität handelt, wurde bereits erwähnt. Ins hellste Licht gerückt wird diese Tatsache ja durch das Schwinden der Analgesie am 4. II. im Anschluß an einen Coitus per os. Da wir es, wie ich ausgeführt habe, mit einem Kampf zweier Sexualitäten, der infantilen und der weiblichen, zu tun haben, so liegt es sehr nahe anzunehmen, daß dem Schwinden der Schmerzempfindung auf der einen Körperhälfte die Verdrängung der infantilen, dem auf der anderen Seite die der normalen Sexualität entspricht. Tatsächlich zeigt es sich, daß jedesmal, wenn die Pat. die perversen Neigungen verdrängte, die Analgesie auf der linken, im anderen Falle auf der rechten Seite begann. Die totale Analgesie entsprach stets der totalen Verdrängung der einer der beiden Sexualitäten, während die gleichzeitige Verdrängung beider Sexualitäten in der normal empfindlichen Medianlinie bei völlig analgischem Verhalten der gesamten übrigen Körperoberfläche zum Ausdruck kam. Die Analgesie der rechten Körperhälfte, die am 17. I. beobachtet wurde, erstreckte sich zwar auch auf die Nasenschleimhaut der rechten Seite, nicht aber auf die Mundhöhle, die in ihrer ganzen Ausdehnung normal empfindlich war und damit die Bereitschaft für die munderotische Betätigung eklatant zum Ausdruck brachte. Leider habe ich am 7. III., als wieder Analgesie der rechten Körperhälfte bestand, nicht rechtzeitig auf das Verhalten der Mundhöhle geachtet. Immerhin scheint mir aus alledem zur Genüge hervorzugehen, daß die Medianlinie des Körpers gewissermaßen eine Zone sexueller Indifferenzierung darstellt, daß die rechte Körperhälfte der weiblichen, die linke der infantilen Sexualität entspricht. Hält man sich nun die Tatsache vor Augen, daß die infantile Sexualität mit ihrer sadistischen Eigenart im ausgesprochenen Gegensatz steht zu der masochistischen weiblichen, erinnert man sich ferner der Auffassung *Freuds*, die in der infantilen Sexualität überhaupt ein Stück Männlichkeit sieht, so liegt die Vermutung nahe, in der rechten Körperhälfte die Repräsentation der weiblichen, in der linken die der männlichen Anlage zu sehen.

Die Analyse liefert daher in der Tat, worauf *Freud* häufig hingewiesen hat, die Bestätigung der heute allerdings wohl kaum mehr bestrittenen Theorie von der bisexuellen Anlage des Menschen. Denn wenn man bedenkt, daß sich das Individuum aus männlichem plus

weiblichem Keimmaterial entwickelt, ja eigentlich auch selbstverständlich erscheint. Das Besondere aber, das der vorliegende Fall lehrt, ist, daß wir gezwungen sind, beim Weibe ein der Sexualität des eigenen Geschlechts entsprechendes Zentrum auf der linken und ein die infantile oder männliche Sexualität verkörperndes Zentrum auf der rechten Hirnhemisphäre anzunehmen [1]). Das linke Zentrum würde demnach das persistierende sein, das in der Pubertät erst zur vollen Entwicklung gelangt und das rechtseitige primitive ablöst. Die an das letztere gebundenen Sexualtriebe würden normalerweise der Sublimierung anheimfallen müssen und, im Falle diese ausbleibt, die Vorbedingungen für die Inversion bzw. Perversion des Geschlechtstriebes des Weibes abgeben. Dieses selbe Zentrum müßte beim Manne natürlich, da aus ihm die männliche Sexualität hervorgeht, das persistierende sein und auf der linken Hemisphäre liegen. Aus Analogieschlüssen würde man genötigt sein, bei ihm auf der rechten Seite ein der weiblichen Sexualität entsprechendes Zentrum anzunehmen, dessen übermäßige Entwicklung Homosexualität zur Folge haben würde. Eine Bestätigung dieser Theorien erblicke ich in dem analogen Verhalten des Sprachzentrums, das, wie allgemein angenommen wird, sich nur bei Rechtshändern auf der linken Hirnhemisphäre befindet, bei Linkshändern dagegen rechts, entsprechend der überwiegenden Entwicklung der rechten Hemisphäre [2]). Auch das gleichzeitige Vorkommen von Inversion und Linkshändigkeit erfährt durch die Annahme von der Persistenz eines rechtseitigen, die Triebe des anderen Geschlechts enthaltenden Zentrums eine zwanglose Erklärung. Von dieser Beobachtung ausgehend, ist *W. Fließ* [3]), wie ich allerdings erst

[1]) Dies kann natürlich nur bedeuten, daß das linke Zentrum mit vorwiegend weiblichen, das rechte mit vorwiegend männlichen Eigenschaften ausgestattet ist, da nichts Organisches denkbar ist, das nicht männliche und weibliche Keimelemente enthielte.

[2]) Die durch die Beobachtung *Mendels* (Über Rechtshirnigkeit bei Rechtshändern. Neurol. Zentralbl. 1912, Nr. 3) jetzt wohl feststehende Tatsache, daß sich das Sprachzentrum bei Rechtshändern ausnahmweise auch auf der rechten Hirnhemisphäre entwickelt, ist ein vollgültiger Beweis für die ursprünglich doppelseitige Anlage des Sprachzentrums. Die Entwicklung desselben auf der im übrigen nicht dominierenden Hirnhälfte würde ihr Analogon haben im Bestehen von Homosexualität bei Rechtshändern bzw. normaler sexueller Triebrichtung bei Linkshändern.

[3]) *W. Fließ*, Der Ablauf des Lebens. 1906.

wesentlich später erfuhr, schon vor mir zu einer ähnlichen Anschauung gelangt, die er in seinem „Ablauf des Lebens" niedergelegt hat. Er konnte nachweisen, daß manche Menschen, besonders Künstler, deren Wesen die psychischen Ausstrahlungen der Sexualität des anderen Geschlechts erkennen ließen, entweder Linkshänder waren, oder eine stärkere Ausbildung der linken Körperhälfte aufwiesen, eine Tatsache, die er als Linksbetonung des Künstlers beschrieben hat. In dem Übergewicht der linken Körperhälfte, also der rechten Hirnhemisphäre, erblickt er ein Plus von Weiblichkeit bei Männern, von Männlichkeit bei Frauen.

Die Annahme eines primitiven Sexualzentrums, das bei beiden Geschlechtern die infantile, indifferenzierte Sexualität verkörpert, beim männlichen die Vorstufe zur endgültigen Sexualität darstellt, beim weiblichen mit dem Eintritt ins Pubertätsalter seinen Zweck erfüllt hat und sublimierte höhere Funktionen erhält, steht aber auch durchaus im Einklang mit unseren biologischen Anschauungen. Wir wissen, daß die Ontogenie, die Entwicklungsgeschichte des Individuums, nichts anderes ist als eine kurze Rekapitulation der Phylogenie, der Entwicklungsgeschichte der Art. Läßt sich die Richtigkeit dieses Satzes an der Entwicklung der Organe nachweisen, warum sollte man nicht berechtigt sein anzunehmen, daß auch die Psyche mit allen ihren Teilerscheinungen, also auch die Sexualität, einen ähnlichen Entwicklungsgang durchmacht?

Wir wissen, daß die sekundären Geschlechtsmerkmale bei den übrigen Säugetieren bei weitem nicht so ausgesprochen sind wie beim Menschen [1]). Je weiter wir die Stammesgeschichte zurückverfolgen, um so geringer wird der Unterschied zwischen den Geschlechtern. Eben beim erwachsenen Menschen erst sehen wir die Differenzierung der ursprünglich eingeschlechtigen Anlage in eine männliche und eine weibliche in ihrer Vervollkommnung. Die Sexualität des Kindes ist aber nichts anderes als indifferenzierte Sexualität entsprechend der Tätigkeit eines primitiven Sexualzentrums.

Die Annahme des Bestehens einer Sexualität beim Kinde steht meines Erachtens keineswegs im Gegensatz zu der kindlichen Unschuld. Wer dem Begriff der infantilen Sexualität voll gerecht wird, verbindet eben mit ihr ganz andere Anschauungen als mit der des Erwachsenen.

[1]) Vgl. *Oskar Schultze*, Das Weib in anthropologischer Betrachtung. Würzburg, A. Stubers Verlag, 1906.



Am meisten hat man sich gestoßen an der Behauptung *Freuds* von der polymorph-perversen Anlage des Kindes. Streng genommen ist auch die Bezeichnung „pervers" für die Sexualität des Kindes nicht passend; denn von einer Perversion des Geschlechtstriebs kann ja nur da die Rede sein, wo eine normale Libido, die Libido des Erwachsenen, Voraussetzung sein sollte. Von einer solchen ist aber beim Kinde nicht die Rede. Man hat daher unter der polymorph-perversen Anlage keine Perversion zu verstehen, sondern eine Anlage, die, wenn sie über die Geschlechtsreife hinaus fort besteht, die Vorbedingung für die Perversion abgibt. Meines Erachtens ist es auch nicht statthaft, beim Kinde von einer erotischen Phantasie im Sinne bewußter Sexualität zu sprechen. Denn auch die Onanie wird normalerweise beim Kinde nicht von sexuellen Phantasien begleitet, sie geschieht lediglich zur Bereitung von Lustgefühlen, deren sexuelle Natur dem Kinde nicht einmal bekannt zu sein braucht. Man kann übrigens zweifelhaft sein, ob man masturbatorische Betätigung vor Beginn der Geschlechtsreife, wenigstens soweit sie nicht auf Verführung zurückzuführen ist, nicht schon in das Bereich des Pathologischen zu verweisen hat. Es ist ja bekannt, daß bei neurotisch veranlagten Individuen das „Primat der Genitalzonen" (Glans penis, Clitoris) sich früher einstellt als bei Gesunden, eine Tatsache, die mit der sexuellen Frühreife der meisten Neurotischen wohl im Einklang steht. Auch *Freud* weist daraufhin, daß das Interesse, das die Kinder schon in relativ zartem Lebensalter der Frage der Fortpflanzung entgegenbringen, nicht sexuellen Ursprungs ist, sondern nur ihrer Wißbegier entspringt. Tatsächlich berührt das Problem der Fortpflanzung die Sexualität des Kindes nicht, solange sie sich im Stadium des Autoerotismus befindet. Erst mit dem Erwachen der heterosexuellen Triebe gewinnt die Frage eine neue und völlig ungeahnte Bedeutung.

Das primitive Sexualzentrum muß ja naturgemäß auch viel weniger differenziert sein, als das bleibende; es empfängt wahrscheinlich seine Impulse hauptsächlich durch Fortleitung der Erregung von dem auf reflektorischem Wege gereizten, im Sakralmark gelegenen niederen Sexualzentrum. Erinnert man sich der Tatsache, daß dieses ja in unmittelbarer Nähe der Zentren für die Urin- und Stuhlentleerung gelegen ist, so ist es auch verständlich, wie es kommt, daß so innige Beziehungen zwischen der sexuellen körperlichen Entspannung und



der Blasen-Mastdarm-Tätigkeit bestehen. Es ist bis zu einem gewissen Grade ja auch wahrscheinlich, daß die im Sakralmark gelegenen Zentren beim Kinde noch nicht differenziert sind und nur e i n Zentrum darstellen, von dem sich das Sexualzentrum erst mit beginnender Geschlechtsreife absondert. Bis dahin geschieht sexuelle Reizung und Entspannung eben vermittels der Blasen-Mastdarm-Tätigkeit und ist mit ihr untrennbar verbunden.

Daß die Hysterie nicht in dem Sinne eine psychogene Erkrankung ist, wie man gewöhnlich annimmt, sondern, um einen treffenden Ausdruck *Strohmayers*[1]) zu gebrauchen, mit einem Fuße im Organischen steht, geht schon aus dem Vorstehenden recht deutlich hervor. Ich bin aber in der Lage, diese Tatsache in noch wesentlich helleres Licht zu rücken. Die Annahme, daß zu bestimmten Zeiten körperliche Ursachen eine hervorragende Rolle spielten, resultiert schon aus der Erfahrung, daß mitunter der Aufklärung eines Symptoms, dem zu anderen Zeiten auf psychischem Wege beizukommen war, die Beseitigung nicht auf dem Fuße folgte. Dies zeigt sich besonders in der zweiten Erkrankungsperiode, aber auch während der ersten Periode trat „Heilung“ erst ein, nachdem lange nichts mehr zu analysieren war. Ich sah mich daher veranlaßt, anzunehmen, daß Symptome, selbst wenn sie psychogen entstanden sind, keineswegs zu jeder Zeit auf psychischem Wege beseitigt werden können, sondern daß ganz bestimmte im Körperlichen begründete Bedingungen für ihre Beseitigung (wie auch für ihre Entstehung) vorhanden sein müssen. Diese Annahme fand ihre Bestätigung durch Untersuchungen, die sich auf den *Fließ*schen biologischen Lehren aufbauen. Diese gipfeln darin, daß allen Lebensvorgängen in der Natur die Periodizität von 28 und 23 Tagen gemeinsam ist. *Fließ* betont, daß auch die Funktionen des Gehirns, insbesondere die psychischen Leistungen, dem periodischen Geschehen untertan sind. Betrachten wir uns nun die wichtigsten Daten der Krankengeschichte, die ich zu diesem Zwecke in zwei Gruppen einteile, nach dem Gesichtspunkte der Periodizität:

I. Gruppe:	II. Gruppe:
10. XII. 11. abends	20. XI. 11. abends
2. I. 12. „	13. XII. 11. „

[1]) *Strohmayer*, Kinderhysterie mit schweren Störungen der Lage- und Bewegungsempfindungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. VIII. Heft 6.



4. II. 12. ,,	18. XII. 11. abends
13. III. 12. morgens	15. I. 12. ,,
	12. II. 12. ,,
	7. III. 12. morgens.

Die Zeitabstände der ersten Gruppe sind:

1. 10. XII.—2. I. = 23 Tage.
2. 2. I.—4. II. = 33 = 2 × 28 — 23 Tage.
3. 4. II.—13. III. morgens = 37 = 23 + 14 = 23 + $\frac{28}{2}$ Tage.

Abstand 1 + Abstand 2 = 56 = 2 × 28 Tage.
,, 2 + ,, 3 = 70 = 3 × 23 + 1 Tage.
,, 1 + ,, 2 + Abstand 3 = 93 = 4 × 23 + 1 Tage.

Die Zeitabstände der zweiten Gruppe sind:

1. 20. XI.—13. XII. = 23.
2. 13. XII.—18. XII. = 5.
3. 18. XII.—15. I. = 28.
4. 15. I.—12. II. = 28.
5. 12. II.—7. III. morgens = 23.

Abstand 1 + 2 = 28 Tage.
,, 2 + 3 + 4 + 5 = 84 = 3 × 28 Tage.
,, 1 + 2 + 3 + 4 + 5 = 107 = 3 × 28 + 23 Tage.

In der ersten Gruppe habe ich die Daten zusammengestellt, an denen die Sensibilitätstörungen verschwunden sind. Die Abstände lehren, daß diese Erscheinung in der Tat an irgend welche periodische körperliche Vorgänge geknüpft sein muß. Wer jemals Menstruationsabstände in größerer Zahl gemessen hat, der weiß, daß die Abstände $23, 33 = 56 - 23$ und $37 = 23 + 14$ ungemein häufig vorkommen. Am 4. II. verschwanden die Gefühlsstörungen allerdings nicht von selbst, sondern im Anschluß an einen coitus per os. Es muß aber in Betracht gezogen werden, daß das Verlangen nach dieser Art des Verkehrs nur an wenigen Tagen während der Erkrankung vorhanden war; man muß daher auch annehmen, daß, wenn er zu einer anderen Zeit stattgefunden hätte, keinesfalls eine Wiederkehr der Hautempfindung, wahrscheinlich sogar nervöse Störungen in seinem Gefolge aufgetreten wären. Da nun, wie ich gezeigt habe, die Beseitigung der Analgesie stets auf eine Wiederaufnahme des verdrängten Wunsches nach munderotischer Betätigung zurückzuführen war, so liegt es nahe, anzunehmen, daß an diesen Tagen irgendwelche körperlichen Vorgänge zu einer sexuellen Erregung im Sinne der infantilen Sexualität führten. Ich könnte den vier Daten der ersten Gruppe noch ein fünftes hinzu-



fügen, nämlich den 26. I. vormittags, 23 Tage nach dem 2. I. Damals war vorübergehend die rechte Körperhälfte gegen Nadelstiche empfindlich. Die Kranke weinte, angeblich weil ihr Mann unter ihrer Krankheit leiden müsse. Wenn es zutrifft, daß sie an diesem Tage ihre Unfähigkeit zu normalem sexuellen Verkehr in erhöhtem Maße empfand, so erscheint die Annahme, daß es damals zu einer erneuten Verdrängung der infantilen Sexualität gekommen ist, wohl begründet. Da die Kranke bereits völlig analgisch war, so trat nicht wie sonst Analgesie links, sondern Algesie rechts auf. Man kann diese natürlich auch als Folge von Reaktionsverstärkung des entgegengesetzten Verlangens, also der normalen Triebrichtung auffassen, was praktisch auf das gleiche hinausläuft.

Was bedeuten nun die Daten der zweiten Gruppe? Ich bin da ausgegangen von dem 18. XII. 1911, nachdem ich ausgerechnet hatte, daß die Pat. an diesem Tage $14 \times 23^2 = 23 \times \frac{28 \times 23}{2}$ Tage alt war. Folgt man den *Fließ*schen Theorien, so muß man dieser Zahl eine hervorragende Bedeutung im Leben der Pat. beimessen. Des näheren kann ich hier darauf nicht eingehen. An diesem Tage abends trat nun die normal empfindliche Medianlinie auf, deren Entstehung ich als Folge der Verdrängung beider Sexualitäten aufgefaßt habe. Da sich die infantile bereits in der Verdrängung befand, so mußte an diesem Tage ein Verdrängungsschub der normalen Sexualität stattgefunden haben, der aber nur erfolgen konnte, wenn ihm eine durch entsprechende körperliche Vorgänge begründete Stärkung der weiblichen Anlage vorangegangen war. Die Neurose verwandelt eben alles in das Gegenteil. Die Bedeutung des Tages läge demnach in der Tendenz des Körpers, die infantile durch die weibliche Sexualität zu ersetzen. Am folgenden Tage, dem 19. XII. gab die Kranke an, die gleichen Leibschmerzen zu haben wie genau 4 Wochen vorher, während sie sich auf der Gesellschaft bei dem Hausarzt befand. Ich habe auf S. 884 nachgewiesen, daß an diesem bzw. am folgenden Tage auch ihr Gedankengang der gleiche gewesen ist wie 4 Wochen vorher, was gewiß für die Identität der physiologischen Vorgänge spricht. Am 21. XI. war die Gesellschaft bei dem Hausarzt, damals begann die Erkrankung. Am 19. XII. (richtiger am 18. XII.) beginnt ein neuer Krankheitschub. 4 Wochen später, am 15. I. 12. setzt die zweite Krankheitperiode ein



mit Analgesie rechts, am 16. I. folgen Schmerzen (wie am 19. XII. und am 21. XI.) und Angst. Am 17. I. verlangt sie energisch nach gynäkologischer Untersuchung mit der Begründung, daß etwas im Unterleib nicht in Ordnung sein müsse, ganz ebenso wie 2 mal 28 Tage vorher, während sie 28 Tage früher, am 20. XII. Sensationen im Unterleib hatte, die sie als Menstruation deuten zu müssen glaubte. Wahrscheinlich hätte sie an diesem Tage auch die Untersuchung verlangt, wenn diese nicht am 14. XII. auf ihren Wunsch bereits erfolgt wäre, nachdem sie am 13. XII. im Bade einen leichten Ohnmachtanfall gehabt hatte, der wohl nichts anderes als das Symbol eines normalen coitus vorstellt. Am 13. XII. waren aber 23 Tage seit dem 20. XI. vergangen. 28 Tage nach dem 15. I., in der Nacht vom 12. zum 13. II. ist sie schlaflos infolge sexueller Erregung. Am 13. II. hat sie Schmerzen im Leib, am 14. II. Paraesthesien, stellt sich normalen Verkehr vor und glaubt jetzt infolge der gynäkologischen Behandlung dazu imstande zu sein. Am 7. III., 23 Tage nach dem 13. II., hat sie Angst, Analgesie rechts und eine schwere Erregung, in der sie sich verhält wie beim Erdulden eines coitus.

Wir sehen also an den Tagen der zweiten Gruppe und den darauffolgenden dieselben Erscheinungen mit fast photographischer Treue wiederkehren. Daß es sich dabei um einen Zufall handelt, wird wohl niemand behaupten. Zweifellos ging an den genannten Tagen im Körper irgend etwas vor sich, was auf eine Erregung im Sinne der weiblichen Sexualität hinauslief [1]). Am 18. XII., 15. I. und 7. III. reagierte die Psyche auf diesen Vorgang mit der Verdrängung (wahrscheinlich aus denselben Gründen wie im Mai 1909), während sich am 13. II. eine sexuelle Erregung einstellt, die nicht verdrängt wurde, offenbar deshalb nicht, weil die Kranke damals hoffte, infolge der gynäkologischen Behandlung von ihrer Frigidität gegenüber normalem Verkehr geheilt zu sein. Am 7. III. kam es wieder zur Verdrängung, da inzwischen der Versuch eines normalen coitus mißglückt war. Die „Welle“ vom 21. XI. gab, wie aus der Art der Angstvorstellung, die kurz darauf auftrat, hervorging, Anlaß zur Verdrängung der perversen Trieb-

[1]) Bei dem Verlangen nach gynäkologischen Untersuchungen spielt neben den genannten Momenten wohl auch das Faktum eine Rolle, daß solche Untersuchungen eine Reizung der Genitalien mit sich bringen, die gerade in Zeiten sexueller Erregung erwünscht war.



richtung, was offenbar infolge des Wunsches, den ehelichen Pflichten nachzukommen, geschehen war. Aus alledem geht mit großer Deutlichkeit hervor, daß die unmittelbare Ursache der Sensibilitätstörungen in der Tat eine psychische ist, während der psychische Vorgang wiederum aus körperlichen Prozessen resultiert.

Was nun das Wesen dieser körperlichen Vorgänge betrifft, so geht man wohl nicht fehl in der Annahme, daß die innere Sekretion eine hervorragende Rolle dabei spielt. Die Beziehungen der Schilddrüse und der Hypophyse zur Sexualität (ersterer besonders zur weiblichen) sind bekannt. Möglicherweise spielt auch die innere Sekretion der Ovarien dabei eine Rolle. Meines Erachtens sind diese Vorgänge aber in erster Linie auf besondere Funktionen der Ganglienzellen der Hirnrinde zurückzuführen.

Stellt man die Daten der Krankengeschichte zusammen, an denen ein Schmerzanfall auftrat (der sich naturgemäß über mehrere Tage erstrecken kann), so sieht man, daß auch der 29. XII. (Schmerzen in der linken Brustdrüse, denen solche im linken Hypogastrium, im linken Auge, auf der ganzen linken Körperhälfte folgen) und der 21. I. (Schmerzen im linken Hypogastrium) die Periodizität der 23 Tage erkennen lassen, ferner daß der Abstand vom 21. I. bis zum 13. II. (Schmerzen im rechten Hypogastrium) wiederum 23 Tage ist. Es gehören also der 29. XII. und der 21. I. ebenfalls in die zweite Gruppe. In dieser spielt demnach auch die Periodizität der 23 Tage eine Rolle, offenbar aber eine wesentlich geringere als die der 28, während in der ersten Gruppe die Periodizität der 23 Tage überragt. Erinnert man sich daran, daß die infantile Sexualität der männlichen Anlage entspricht, so kann man in diesem Verhalten eine Bestätigung des *Fließ*schen Satzes erblicken, daß die 23 Tage die Lebensdauer der männlichen, die 28 die der weiblichen Substanzeinheit bedeuten [1]).

Zum Schluß will ich nicht verfehlen, auf die völlige Bedeutunglosigkeit von Anomalien an den Genitalorganen für die Neurose hinzuweisen. Es wäre dies allerdings überflüssig, da die Theorie von der Entstehung der Hysterie auf dem Boden der Erkrankungen des Uterus und seiner Adnexe eine längst überwundene ist, wenn nicht gerade

[1]) Gleichzeitig eine Bestätigung der Annahme, daß das linke Sexualzentrum vorwiegend weibliche, das rechte vorwiegend männliche Eigenschaften enthält. Vgl. S. 903 Anm. 1.



in neuerer Zeit von gynäkologischer Seite (*Schultze*, *Bossi*) wieder auf diese alten Anschauungen zurückgegriffen würde. Aber auch noch etwas anderes lehrt die Analyse, nämlich daß man auch in der Annahme von Anomalien am Genitalapparat bei Neurotischen nicht vorsichtig genug sein kann. In unserem Falle ist, wie mir berichtet wurde, vorher eine Operation von Gynäkologen tatsächlich in Erwägung gezogen worden und zwar wegen Beschwerden, die, wie ich habe zeigen können, mit dem Genitalapparat selbst in keinerlei Beziehungen standen. Es war ein bloßer Zufall, daß der Sitz der neuralgischen Schmerzen mit einer alten, kaum empfindlichen und völlig belanglosen Narbe im Beckenbindegewebe zusammenfiel.

Nachtrag bei der Korrektur: Ich möchte noch darauf hinweisen, daß die Angaben der Pat. über die Art des sexuellen Verkehrs regelmäßig durch den Gatten bestätigt worden sind. Leider war es nicht möglich, über die sexuellen Erlebnisse vor der Ehe objektive Mitteilungen zu erhalten. Im wesentlichen wird man aber den Angaben der Pat. Glauben schenken dürfen, da das Gedächtnis keine Defekte aufwies und auch nichts für das Bestehen einer Pseudologia phantastica sprach, wie überhaupt die Artung der Kranken mehr die Züge des psychischen Infantilismus als die des sogenannten hysterischen Charakters erkennen ließ.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

88. ordentliche Generalversammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 15. Juni 1912 in Bonn.

Anwesend sind die Mitglieder: *Adams, Bastin, Becker, Bernard, Beyer, Beyerhaus, Bodet, v. Ehrenwall, Ennen, Fabricius, Förster*-Bonn, *Gerhartz, Giesler, Gudden, Herting, Herzfeld, Höstermann, Hübner, Kentenich*-Gladbach, *Lenneper, Liebmann, Linzbach, Lückerath, Mappes, Mörchen, Neu, Oebeke, Pelman, Peretti, Pfahl, Pollitz, Rademacher, Rosenthal, Rülf, Rusak, Schaumburg, Schmitz*-Bonn, *Schulten, Sioli, Strasmann, Thomsen, Thywissen, Umpfenbach, Vohs, Wassermeyer, Westphal, Wilhelmy.*

Als Gäste sind anwesend: Dr. *Bergerhoff*-Bonn und Dr. *Wildenrath*-Beuel bei Bonn.

Der Vorsitzende teilt bei Beginn der Sitzung mit, daß seit der letzten Versammlung gestorben sind: Sanitätsrat *Behrendt*-Sayn, Geh. Sanitätsrat *Brandis*-Godesberg, früher in Aachen, Sanitätsrat *Landerer,* Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Andernach a. Rh., und Geh. Medizinalrat *Marx*-Bonn, früher Kreisarzt in Mülheim a. Ruhr.

In den Verein werden aufgenommen: Dr. *Kellner,* Anstaltsarzt, und Dr. *Leber,* Assistenzarzt, beide in der Prov.-Heilanstalt Johannistal bei Süchteln, Dr. *Recktenwald*-Langenfeld, Anstaltsarzt der Prov.-Heilanstalt Galkhausen, und Dr. *Strasmann,* Arzt für innere und Nervenkrankheiten in Godesberg.

Zur Aufnahme in den Verein melden sich: Dr. *Lorenz,* Assistenzarzt der Prov.-Heilanstalt in Düren, und Dr. *Steinbrecher,* Assistenzarzt der Prov.-Heilanstalt in Merzig a. Saar.

Es folgen die Demonstrationen und Vorträge:

Westphal-Bonn: Krankenvorstellungen.

1. Komplikation von Tetanie mit Hysterie oder hysterischer Pseudotetanie?

Der demonstrierte Patient, der 60 jährige Schuhmacher Sch., ist seit dem Jahre 1894 zu wiederholten Malen in der hiesigen Anstalt wegen dipsomanischer Anfälle und Tetanie in Behandlung gewesen. Bei einem



mehrmonatigen Aufenthalt in der medizinischen Klinik im Jahre 1896 wurden auch epileptische Anfälle und akute halluzinatorische Verwirrtheitszustände bei dem Patienten beobachtet. Der Fall ist damals vom Herrn Geh. Rat *Schultze*[1]) eingehend beschrieben und veröffentlicht worden. Der Umstand, daß in dem Krankheitbilde jetzt wesentliche Symptome verschwunden, andere krankhafte Erscheinungen neu aufgetreten sind, rechtfertigt die erneute Besprechung und Demonstration des Falles. Die Auslösbarkeit der Anfälle ist noch im wesentlichen dieselbe außerordentlich mannigfaltige, wie sie von *Fr. Schultze* beschrieben worden ist. Durch Druck auf die Gefäße oder Nervenstämme (*Trousseau*sches Phänomen), durch Kompression von Muskeln und Hautfalten gelingt es regelmäßig die Anfälle an oberen und unteren Extremitäten bald einseitig, bald doppelseitig hervorzurufen. Auch bei intendierten Bewegungen, kräftigem Händedruck, Heben des Armes über die Horizontale werden typische Tetanieanfälle in den betreffenden Extremitäten ausgelöst. Auch durch Hautreize, Nadelstiche, Kitzeln der Haut der Nierengegend (*Fr. Schultze*) gelingt es, die Krampfzustände hervorzurufen.

Im übrigen fehlen zurzeit die Kardinalsymptome der Tetanie völlig. Galvanische Übererregbarkeit, Fazialisphänomen, Übererregbarkeit der anderen motorischen Nerven, Erscheinungen, die im Jahre 1895 von Herrn Geh. Rat *Schultze*, mit Ausnahme der auch damals nicht deutlich vorhandenen elektrischen Veränderungen, festgestellt wurden, lassen sich jetzt weder in den anfallfreien Zeiten, noch nach den Anfällen nachweisen. Auch die von *Fr. Schultze*[2]) beschriebene eigentümliche Faltenbildung in Zunge und Gesichtsmuskeln bei Perkussion derselben ist nicht vorhanden.

Das Fehlen aller wesentlichen Symptome der Tetanie macht die Beurteilung der noch in voller Ausbildung vorhandenen eigenartigen Krampfzustände jetzt zu einer schwierigen. Eine Reihe von Untersuchungen (*A. Westphal*, *Curschmann* jun. u. a.) haben gezeigt, daß die hysterische Pseudotetanie alle Erscheinungen der echten Tetanie in frappanter Weise vortäuschen kann, mit Ausnahme des *Erb*schen Phänomens, welches bei der Pseudotetanie stets fehlt, demnach als differentialdiagnostisches Kardinalsymptom (*Curschmann* jun.) bezeichnet werden muß.

Die große Mannigfaltigkeit in der Auslösbarkeit der Anfälle, bei der psychische autosuggestive Momente sicher eine Rolle spielen, kommt gewöhnlich bei der hysterischen Pseudotetanie, mitunter aber auch bei der echten Tetanie zur Beobachtung. Handelt es sich nun in dem vorliegenden Fall um eine hysterische Pseudotetanie, welche sich bei unserem Patienten auf dem Boden einer früher vorhandenen echten Tetanie ent-

[1]) Weiterer Beitrag zur Lehre von der Tetanie. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 7. Bd., 1895.

[2]) Münchener medizinische Wochenschrift 1911, Nr. 44.



wickelt hat, oder um eine Kombination von echter Tetanie mit hysterischen Beimengungen? Wir glauben, daß die Beobachtungszeit des erst vor kurzem wieder aufgenommenen Kranken noch nicht ausreicht, um sichere Schlüsse über die Frage zu ziehen. Wiederholte Untersuchungen werden erst Aufschluß darüber geben können, ob elektrische oder mechanische Erregbarkeitssteigerungen der Nerven bei unseren Kranken jetzt dauernd fehlen, oder ob diese Erscheinungen vielleicht im weiteren Verlauf der Beobachtung wieder in die Erscheinung treten werden. Ein hysterisches Moment spielt in dem Krankheitbilde jetzt zweifellos eine Rolle. Wir haben bei der Einlieferung des Kranken einen typisch hysterischen Anfall mit Herumwälzen und Schlagen, Beißen nach der Umgebung usw. konstatieren können. Epileptische Anfälle sind noch nicht wieder aufgetreten. Die früheren dipsomanischen Anfälle scheinen jetzt mehr einem chronischen Alkoholismus Platz gemacht zu haben. Von körperlichen Erscheinungen sind wie bei den früheren Beobachtungen die Patellarreflexe sehr schwach, mitunter nicht deutlich auslösbar, und es fehlen die Bauchdeckenreflexe.

2. Hysterische Pseudotetanie.

Die Anfälle in den oberen Extremitäten der jugendlichen demonstrierten Patientin, welche bei Druck auf den Sulc. bicip. int. oder durch beliebige suggestive Einflüsse ausgelöst werden, entsprechen ganz dem Bilde der echten Tetanie.

Die Entwicklung des Leidens heraus aus einer hysterischen Gehstörung, zahlreichen hysterischen Stigmata (Hemianästhesie, zeitweilig auftretender hysterischen Aphonie, Globus usw.), typisch-hysterische Schüttelanfälle sichern in diesem Falle die Diagnose. Es besteht keine galvanische oder mechanische Übererregbarkeit der Nerven.

3. Fall von beginnender Akromegalie mit deutlichem Röntgenbefund an der Sella turcica[1].

Die 36 Jahre alte, früher gesunde Frau A. K. erkrankte vor 3 Jahren im Anschluß an das vorletzte Wochenbett unter allgemeinen nervösen Beschwerden, Schwindel, Herzklopfen, Schmerzen in der Herzgegend. Angst und Depressionsgefühl. Zu gleicher Zeit merkte sie, daß sich ihre Hände vergrößerten. Sie mußte Herrenhandschuhe tragen und sich ihren Trauring erheblich weiter machen lassen. Auch die Füße vergrößerten sich, ihre Schuhe paßten ihr nicht mehr. Die Verwandten gaben an, daß auch das Gesicht größer, besonders länger geworden sei.

Objektiv finden sich bei der Patientin auffallend große Hände mit plumpen verdickten Fingern. Die Verdickung betrifft anscheinend sowohl

[1]) Von diesem Fall konnten nur Photographien und Röntgenaufnahmen des Schädels demonstriert werden, da die Patientin nicht zur Vorstellung erschienen war.



die Knochen, wie die Weichteile. Die Füße und Zehen sind groß, wenn auch nicht so auffallend verändert wie die Hände. Der Gesichtsschädel ist groß, die Nase lang, die Jochbogen breit, das Kinn tritt stark hervor.

Ophtalmoskopisch findet sich beiderseits Stauungspapille r. > l.

Es besteht keine Hemianopsie.

Das Röntgenbild des Schädels (Chirurgische Universitäts-Klinik) ergibt eine ausgesprochene Vertiefung und Verbreiterung der Sella turcica. Im übrigen ist der Befund an den inneren Organen und dem Nervensystem ein negativer. Es besteht keine Albuminurie oder Glykosurie. Die Vergrößerung der distalen Teile der Extremitäten und des Gesichts, in Verbindung mit der Stauungspapille und dem Befunde an der Sella turcica, lassen die Diagnose auf Akromegalie und Hypophysentumor mit großer Wahrscheinlichkeit stellen.

Der Fall beweist die Wichtigkeit der von *Oppenheim* zuerst ausgeführten Röntgenuntersuchung des Schädels bei Fällen, deren klinische Erscheinungen auf Akromegalie hinweisen.

Der vorliegende Fall muß als ein beginnender mit noch nicht sehr ausgesprochenem akromegalischen Veränderungen bezeichnet werden, so daß der Röntgenbefund besonders bemerkenswert ist. Hervorzuheben ist ferner die Tatsache, daß die Sexualfunktion der Patientin noch nicht erloschen ist, die klinischen Erscheinungen vielmehr im Anschluß an ein Wochenbett zuerst in die Erscheinung traten. *Ziehen* [1]) hat vor kurzem das Verhalten der Sexualfunktion bei Hypophysentumoren eingehender besprochen und das Erlöschen derselben als das wichtigste und charakteristischste Symptom dieser Tumoren bezeichnet. Unser Fall zeigt, daß auch dies Symptom nicht ausnahmlos vorhanden ist, vielmehr in Frühstadien des Leidens die Zeugungsfähigkeit beim Weibe noch erhalten sein kann.

4. Fall von Tabes bei einer Zwergin auf hereditärer luischer Basis.

Es handelt sich um eine 40 jährige imbezille Zwergin, bei der die körperliche Untersuchung als zufälligen Befund reflektorische Pupillenstarre und Fehlen der Kniephänomene ergeben hat. Patientin ist virgo intacta! Wassermann im Blut negativ. Die Spinalpunktion ist bei der stark rachitisch verkrümmten Wirbelsäule der Zwergin nicht ausführbar gewesen.

Anamnestisch ergibt sich, daß der Vater früh an einer Gehirnkrankheit gestorben ist, und daß Patientin selbst mit einem „roten pöckchenartigen“ Ausschlag bedeckt zur Welt gekommen ist. Sehr wahrscheinlich

[1]) Vers. der Charité-Ärzte. Sitzung 7. März 1912. Berl. klin. Wschr. 1912, Nr. 20.

ist es, daß es sich um Syphilis gehandelt hat, auf deren Boden sich im späteren Leben eine Tabes entwickelt hat, über deren Beginn nichts bekannt ist.

Da die serologische Untersuchung der Spinalflüssigkeit nicht möglich war, kann der Fall leider keinen ganz einwandfreien Beitrag zu dem interessanten, neuerdings von *Nonne* und *Hauptmann*[1]) beigebrachten Tatsachenmaterial „über serologische Untersuchungen von Familien syphilogener Nervenkranker" bringen.

Strasmann-Godesberg stellt eine 63 jährige Patientin vor mit einer seit jetzt 6 Jahren bestehenden Atrophie beider Vorderarme und der Handmuskulatur. Es handelt sich um eine Paralyse aller großer Fingerbeuger und eine mäßige Parese aller kleinen Handmuskeln, die ganz symmetrisch verteilt sind. Elektrisch besteht völlige und partielle Entartungsreaktion. Die Radialismuskulatur ist beiderseits intakt. Die Reflexe sind vorhanden, am rechten Arm etwas lebhafter als links. Die Sehnenreflexe der Beine nicht different, nicht besonders gesteigert. Keine Rigidität der Muskulatur, keine fibrilläre Zuckungen. Links deutlicher Babinski. Keinerlei Sensibilitätstörung.

Dem klinischen Symptomenbilde nach handelt es sich um eine Erkrankung der gesamten zentralen motorischen Leitungsbahnen, d. h. um eine amyotrophische Lateralsklerose. Auffallend ist der ganz abnorm lange Verlauf, das sehr langsame Fortschreiten der Erkrankung, das Fehlen der Rigidität und der fibrillären Zuckungen.

Interessant ist ferner die Tatsache, daß die Kranke vor langen Jahren zweimal operiert wurde wegen „angeborener" Halsfistel. Es handelte sich um einen restierenden Kiemengang, der durch Kauterisation entfernt wurde. Diese abnorme Entwicklungsanlage ist deshalb von Wichtigkeit, weil sie einen weiteren Beitrag bildet zu der Ansicht *Strümpells*, daß es sich bei diesen symmetrischen chronischen Erkrankungen des Rückenmarks wahrscheinlich um eine abnorme Anlage der motorischen Bahnen handele, die dann im späteren Alter versage.

Herting-Galkhausen: „Über Hausindustrie in den Anstalten."

Als Hausindustrie im eigentlichen Sinne sind die fabrikmäßig und zur Rechnung anderer gehenden Arbeiten zu bezeichnen, im weiteren Sinne auch die, zum Teil erst in den letzten Jahren eingeführten Beschäftigungsarten, deren Produkte entweder im Anstalthaushalt selbst verwendet oder über den Bedarf hinaus angefertigt werden. Mit der Steigerung des irrenärztlichen Interesses an der Arbeitstherapie wuchs auch das Verlangen nach größerer Mannigfaltigkeit der Arbeitszweige, und zwar wünschte man 1. Massenbeschäftigung für zu Feld- und

[1]) Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie Bd. VIII, S. 1.



Werkstattarbeit unfähige Kranke und 2. geeignete Einzelbeschäftigungen für intelligente, fluchtverdächtige, vielfach auch gemeingefährliche Kranke. Aus gesundheitlichen Rücksichten verdienen die Feld-, Garten- und Forstarbeiten vor allen anderen den Vorzug, aus wirtschaftlichen die Arbeiten in den allgemein üblichen und notwendigen Werkstätten der Anstalt, in Küche, Waschhaus und den Nähstuben. Als Massenbeschäftigung für den körperlich schwachen oder geistig stumpfen Kranken sind Arbeiten zu wählen, die keine besondere Handfertigkeit und keinen besonderen Apparat erfordern, nicht gesundheitschädlich sind und im Sitzen, vielleicht auch im Bett ausgeübt werden können: Kleben von Schachteln und Tüten, Verlesen von Hülsenfrüchten, Heftarbeiten verschiedenster Art, Entkletten gereinigter Wolle, Sortieren von Wollfäden, Entrippen von Tabakblättern, Verknüpfen von Bindfadenresten usw. Diese Arbeiten sind möglichst den lokalen Fabrikbetrieben anzupassen.

Einzelbeschäftigungen sind: Anfertigung von Peddigrohr- und Bambusmöbeln und feineren Korb- und Bürstenwaren, Zigarrenmachen, Druckerei, Teppichknüpfen, Maschinenstricken, Weben von Gobelins und Gebrauchstoffen. Alle Betriebe sind nach Krankenbestand, Jahreszeit, Angebot und Nachfrage, nach dem Interesse der Ärzte, Beamten und des Personals und nach Stimmung der Kranken großem Wechsel unterworfen; vielfach wird über Erschwerung des Absatzes der fertigen Waren geklagt; es wird empfohlen, daß entweder der mehr fabrikmäßige Betrieb durch Mannigfaltigkeit ersetzt wird, oder daß die einem größeren Verbande angehörenden Anstalten sich spezialistisch ausbilden und, anstatt zu konkurrieren, sich mit ihrer Überproduktion und ihren Aufträgen gegenseitig aushelfen.

In der Diskussion bemerkt *Gerhartz*-Rheinbach: So gut, wie die Anstalten sich nach dem zweckmäßigen Vorschlage des Herrn Direktors der Galkhausener Anstalt ihre Aufträge, die oft von einer Anstalt in der verlangten Divise nicht effektuiert werden können, gegenseitig verteilen, wäre es auch vielleicht ratsam, daß die einzelnen Anstalten ein bestimmtes Arbeitgebiet bevorzugten, daß nur sie mit besonders teuren Einrichtungen reichlich ausgestattet würden, andere mit anderen, und daß dann die Direktionen jene Insassen, welche für diese bestimmten Branchen sich vorzugweise eignen, sich gegenseitig austauschten. Es gibt um so mehr Lust und Liebe zur Sache, je mehr Hervorragendes erzielt wird. Auch könnten beispielweise Landwirte dahin ausgetauscht werden, wo der Anstalt reichlich Gelegenheit zu landwirtschaftlicher Tätigkeit geboten ist, Gärtner dahin, wo reichlich Warmhäuser usw. zur Verfügung stehen usw.

Pollitz-Derendorf schlägt vor, daß die zuständigen Behörden, Landeshauptmann, Regierungspräsident usw., in irgend einer Weise ein gegenseitiges Unterbieten der Anstalten durch Abmachungen verhindern müßten, damit diese Arbeiten einen gewissen Ertrag lieferten.



Peretti-Grafenberg befürchtet, daß die Gewerbetreibenden sich mit der Zeit über die durch die Anstalten geübte Konkurrenz beklagen werden. Der Absatz ist für die Anstalten schwierig; die Kranken liefern mehr, als die Anstalten selbst brauchen. Andererseits müssen wir uns wehren gegen die Zumutung, Geschäfte zu machen.

Gefängnisdirektor Dr. *Pollitz*: „Zur Psychologie des Strafvollzuges."

Der Strafvollzug steht heute ganz besonders im Brennpunkt einer scharfen Kritik von allen Seiten. Die einen halten ihm seine mangelnden Erfolge bei der Bekämpfung des gewohnheitmäßigen Verbrechertums vor, die anderen seine ungenügenden sittlichen Einwirkungen und weitere Kreise ganz allgemein den Mangel an psychologischer Vertiefung des gesamten Problems. Es scheint fast, daß bei all diesen Kritiken nicht immer genügend berücksichtigt wird, was der Strafvollzug leisten kann, und was er leisten soll. Ich darf gerade in diesem Kreise daran erinnern, daß ein großer Teil der Vorwürfe, der dem heutigen Strafvollzuge gemacht wird, besonders von seiten der Irrenärzte ausgeht. Und doch fehlt vielleicht gegenüber einer sehr eingehenden Behandlung der Verbrecherpsychologie und der Kriminalpsychiatrie eine Analyse der psychologischen Wirkung des Strafvollzuges noch fast vollständig. Ein großer Teil der Kenntnisse über die Wirkungen des Strafvollzuges erhält die Öffentlichkeit aus den meist sehr kritisch-ablehnenden Mitteilungen früherer Strafgefangener. Diese Veröffentlichungen, die ich als subjektive psychologische Untersuchungen über den Strafvollzug bezeichnen möchte, sind trotz vieles Falschen und Übertriebenen nicht ohne Wert. Als zweite Methode würde eine Untersuchung der Strafvollzugswirkungen auf das Seelenleben durch scharf kontrollierte Mitteilungen und Beobachtungen der Gefangenen zu nennen sein, wie sie *Freudenthal* in der Form von Strafvollzugsenqueten gefordert hat. *Freudenthal* schlägt vor, die Gefangenen vor ihrer Entlassung vor einer besonderen Kommission über ihre Eindrücke zu vernehmen. Versuche dieser Art hat bekanntlich *Fritz Auer* gemacht, indem er öffentlich zu Mitteilungen über Strafvollzugserfahrungen früherer Sträflinge aufforderte. Man kann aus derartigen objektiv-subjektiven Untersuchungen recht viel verwertbare und bemerkenswerte Aufschlüsse erhalten. Wir erfahren aus einer solchen Zusammenstellung, wie ich sie selbst gelegentlich von höher gebildeten Gefangenen habe machen lassen, mancherlei über die Wirkungen und die Eindrücke des Gefangenenlebens, der plötzlichen Inhaftierung, der Einzelhaft, über die eigenartige Verstärkung des Innenlebens, die Neigung zu optimistischen Zukunftsträumen, die Wirkungen der Kost, über Abstumpfung infolge der Einsamkeit und des Schweigegebots, Schlaflosigkeit, Wirkung und Wert der Zellenbesuche durch höhere Beamte, Einschätzung der Straftat und der verhängten Strafe selbst und manches andere.



Die psychologischen Wirkungen des Strafvollzuges auf den einzelnen Inhaftierten hängen von einer großen Zahl von Faktoren ab. Alter und Geschlecht, Vorstrafen, Strafdauer, Art des Strafvollzuges, ob Einzelhaft ob Gemeinschaftshaft, besonders aber frühere Lebensbedingungen, Zukunftsaussichten, die durch die Strafe vernichtet werden, Familienverhältnisse geben eine ganze Reihe besonderer Gesichtspunkte. Daß der Geisteszustand und die Charakteranlage ein weiteres, sehr wichtiges Moment in dem Wirkungskreis der Strafvollzugsbedingungen abgibt, bedarf keiner speziellen Ausführungen.

Es ist bekannt, daß der heutige Strafvollzug im allgemeinen durch zwei Gesichtspunkte charakterisiert wird. Einmal durch das Vorherrschen der Einzelhaft, sodann durch die Arbeit. Gerade gegen diese Einzelhaft, die die Männer des Strafvollzugs für einen großen Fortschritt der neuen Gefängnisreformen halten, werden heute die meisten Angriffe erhoben. Die Erfahrung lehrt allerdings, daß ein gewisser Prozentsatz der Gefangenen, besonders geistig labile Elemente, die Einzelhaft auch in der abgeschwächten Form des heutigen Vollzugs schlecht vertragen. Falsch ist dagegen und übertrieben, ihr jeden Vorzug abzusprechen. Diese Trennung der Gefangenen, die, wie man zugeben muß, stets immer nur eine relative bleiben wird, da ein geheimer Verkehr zwischen den Gefangenen nie ganz vermieden werden kann, hat zu einer erheblichen Humanisierung des Strafvollzuges beigetragen.

Von ganz besonderem Interesse ist die Stellung der Arbeit im Strafvollzuge. Es ist bekannt, daß die Strafgesetzgebung die Intensität der Arbeit zum Maßstab der Schwere der Strafe gemacht hat. Die Erfahrung lehrt, daß die Gefangenen nur mit den seltensten Ausnahmen regelmäßige intensive Arbeit ablehnen, sie vielmehr als große Erleichterung ihrer Lage betrachten. Abneigung gegen die Arbeit wird man nur dann häufiger finden, wenn die Art der Tätigkeit dem Gefangenen nicht zusagt oder er sie nicht leisten kann. Einer psychologischen Analyse bedürfen weiterhin die mancherlei Fragen, die sich an die allgemeine Führung der Gefangenen, an seine Stellung zur Strafe und ihre Berechtigung knüpfen. Reiches Material bietet ferner die Korrespondenz, sowohl die eingehende wie die ausgehende und nicht zuletzt die geheime, die in Form von Kassibern und Fleppen in der Anstalt fast unvermeidlich hin und hergeht. Zotengedichte und Zotenbilder von unglaublich zynischem Inhalt, Verhöhnung und Verspottung der Gerichte und Beamten, Anwerbung von Entlastungszeugen, Grüße von Zuhältern an die Dirnen mit den Gelöbnissen ewiger Treue ergänzen oft das Bild, das gar mancher ruhige und harmlose Gefangene darbietet. Eine Hauptrolle spielen in dieser Korrespondenz die lebhafteren und unruhigen jüngeren Elemente. So ergibt sich aus diesen Beobachtungen ein überaus reiches Material für die psychologische Analyse des Strafvollzugs.

Schließlich bleibt aber als wichtigste Methode zur Erforschung der Psychologie der Strafe [illegible] naturwissenschaftliche, wie sie *Wundt*,



Sommer, *Aschaffenburg* und andere ausgearbeitet haben. Hier bleibt einer zukünftigen wissenschaftlichen Forschung noch ein weites Arbeitfeld, auf dessen Umfang und Bedeutung Referent nur hinweisen kann.

Hübner-Bonn: „Über Trugwahrnehmungen ohne Wahnvorstellungen bei erhaltener Krankheiteinsicht (Demonstration)."

Vater gestorben an Schlaganfall, Mutter Hysterica, hatte vor 3 Jahren auch einen Schlaganfall. Zwei Schwestern und ein Bruder sind gesund, eine Schwester nierenleidend. Patientin, jetzt 43 Jahre alt, war als Kind sehr schwächlich. Lernte ziemlich gut, beschäftigte sich geistig stark, musizierte viel, war „zur Sentimentalität geneigt". Musikstücke und sentimentale Gedichte behielt sie, das trockene Schulwissen vergaß sie vom Abend bis zum folgenden Morgen. Sehr lebhafte Phantasie.

Bis zum 17. Lebensjahre sehr schwach. Auch später schwankte der körperliche Zustand häufig. Patientin nahm plötzlich zu und ebenso wieder ab. Seit etwa 1903 schwerhörig (alte otitis media). 1903 Blutandrang nach dem Kopf, Kopf-, Schulter-, Magenschmerzen von wechselnder Stärke und wechselndem Sitz, Mattigkeit, Neigung zum Weinen. 1908 wegen ähnlicher Beschwerden in der Heilstätte Roderbirken. Damals Magengegend druckschmerzhaft, Reflexe sehr lebhaft, Händezittern, Lidflattern, zeitweilige mäßige Tachykardie. Gedächtnisschwäche. Nach 3 monatiger Behandlung gebessert nach Bonn zurück.

Mit dem Tage der Rückkehr wurde sie „plötzlich taub". Gleichzeitig stellten sich Gehörstäuschungen ein. Sie hörte aus ihrem Innern, vorwiegend „aus dem Herzen", Orgel- und Flötenspiel, Kindergeschrei, die Stimme eines alten Mannes, Fastnachtstrubel mit Hähneschreien und Karusselmusik. Einen Teil dieser Trugwahrnehmungen lokalisierte sie auch ins „Gehirn", einen weiteren in die Ohren.

Diese Gehörstäuschungen waren an stillen Orten — z. B. auch Nachts — stärker, als in belebten Gegenden. Patientin war deshalb eine Zeitlang nachts schlaflos, wanderte mitunter auf den Straßen umher, weil jedes von außen kommende Geräusch die Sinnestäuschungen verringerte. Im Jahre 1909 wurde sie wegen der letzteren in die Klinik aufgenommen, hielt es aber nur einen Tag aus, weil es ihr hier zu still war.

In der Folgezeit sind noch Gesichtstäuschungen und solche des Gefühlssinns hinzugekommen.

Patientin sieht jetzt ganze Szenen (Begräbnisse, Fastnachtstrubel, Konzerte, Schlachtmusik u. ähnl.). Sie sieht ferner nachts, wenn sie wach ist, mitunter auch am Tage, einen bestimmten Mann, den sie genau beschreiben kann. Er spricht mit ihr, hat ihr mehrfach Liebeserklärungen gemacht und sie auch wiederholt geschlechtlich berührt. Sie hat dabei an den Genitalien erotische Empfindungen.

Ihre Trugwahrnehmungen, namentlich soweit sie szenischer Natur sind, betreffen häufig solche Dinge, mit denen sie sich früher viel beschäftigt



hat. Sie ist z. B. gern auf Kirchhöfe gegangen, hat Konzerte gehört u. ähnl. Daneben hört und sieht sie aber auch andere Dinge. Nur liegt das meiste, wie sie selbst angibt, in der Richtung ihrer früheren Neigungen. Um Gedankenlautwerden handelt es sich dabei nicht. Letzteres fehlte stets.

Patientin besitzt absolute Kritik dafür, daß es sich um Sinnestäuschungen handelt. Sie sagt selbst, das sei krankhaft, dessen sei sie sich wohl bewußt. Es belästige sie auch sehr. Sie sei, wenn die Sinnestäuschungen zu stark würden, genötigt, nachts auf der Straße umherzulaufen. Die Stärke der Trugwahrnehmungen hänge von ihrem körperlichen Befinden sehr ab. Wenn es ihr körperlich schlechter gehe, nähmen die Geräusche usw. zu.

Wahnideen fehlen vollkommen. Die Sinnestäuschungen sind gutartiger Natur. Sie sei nie bedroht oder mißhandelt worden. Sie fürchte auch keine Feinde. An den Mann, der ihr erscheine, habe sie sich so gewöhnt, daß sie sich nach seinen Worten im allgemeinen richte, obwohl sie wisse, daß es sich um krankhafte Vorstellungen handle. Sie erlebt mit demselben ein Liebesidyll.

Körperlich: In beiden Trommelfellen große Löcher. Abgelaufene Otitis media (Prof. *Eschweiler*), Tachykardie, Hyperalgesie am ganzen Körper, Globusgefühl, zeitweise Klavus, gesteigerte Sehnenreflexe, Myopie beiderseits.

Subjektiv wurde früher vielfach über Hyperakusis, Lichtscheu, Überempfindlichkeit der Haut geklagt.

Behandlung des Ohrenleidens 1909 auf Veranlassung des Vortr. eingeleitet, hatte keinen Erfolg, brachte überhaupt keine Änderung. Beim Durchleiten galvanischer Ströme durch den Kopf gleichfalls keine Änderung im Befinden.

Die Abhängigkeit vom körperlichen Befinden trat im Verlauf einer längeren Behandlung deutlich hervor.

Vortr. faßt den Fall als Hysterie auf.

Dem Ohrenleiden ist er nicht geneigt ätiologische Bedeutung zuzuerkennen, weil es bei Eintritt der Sinnestäuschungen bereits abgelaufen war, und weil ferner das akute Eintreten der Herabsetzung des Gehörs durch die abgelaufene Otitis nicht erklärt werden kann. Andererseits stehen die Trugwahrnehmungen quoad Stärke und Zahl in engsten Beziehungen zu den übrigen hysterischen Symptomen. Kaltes Wetter, Aufregungen und ruhige Umgebung wirken ungünstig auf den Gesamtzustand der Pat. ein.

Besonders betont Vortr. auch noch, daß die Sinnestäuschungen inhaltlich mit dem übereinstimmen, womit sie sich früher viel beschäftigt hat.

Für die von einzelnen Autoren aufgestellte Theorie, daß die Sinneszentren derartiger Kranker sich in einem Zustande gesteigerter Erregbarkeit und Empfindlichkeit befinden, spricht der Umstand, daß sowohl zu Beginn der Erkrankung wie auch später Geräuschfurcht, Lichtscheu und Überempfindlichkeit der Haut bestand.

Eine echte Psychose glaubt Vortr. deshalb ausschließen zu müssen, weil dauernde Krankheiteinsicht besteht und außer den hysterischen



Symptomen andere psychische Krankheiterscheinungen wie Wahnvorstellungen, Bewußtseinstrübungen, Negativismus, Zerfahrenheit des Denkens, Gemütsverblödung u. a. fehlen.

Ätiologisch ist Lues (Wassermann) und Arteriosklerose auszuschließen. Dagegen ist neuerdings die Periode bei der Patientin unregelmäßig geworden[1]).

Ennen-Merzig: Bemerkungen zu *Bossi*: „Die gynäkologische Prophylaxe bei Wahnsinn."

Kritik der bekannten *Bossi*schen Broschüre. Von den 32 Krankengeschichten, die *Bossi* bringt, beziehen sich 18 auf Fälle von Hysterie. Von den übrigen Kranken sind ebenfalls mehrere hysterisch; bei anderen ist die Diagnose ganz unbestimmt. Eine einigermaßen einwandfreie Diagnose ist nur bei 4 Fällen vorhanden, 2 von Dementia praecox und 2 von manisch-depressivem Irresein. Daß die gynäkologischen Erkrankungen Ursache der Geistesstörung sind, und daß durch die operative Beseitigung der ersteren noch die Heilung der Geistesstörung verursacht worden ist, ist durch das von *Bossi* vorgebrachte Material nicht bewiesen.

Den Behauptungen und Forderungen *Bossis* kann daher nicht zugestimmt werden.

Diskussion. — *Peretti* weist auf den von *Bossi* in seiner Broschüre angeschlagenen, zum Teil vielleicht auf das südländische Temperament und die zu geringe Beherrschung der deutschen Sprache zurückzuführenden Ton hin, den wir Anstaltsärzte nicht ohne Widerspruch lassen dürfen, so, wenn er nicht nur von „Schande und Schaden der Einschließung in ein Irrenhaus" und davon spricht, daß „nach Verurteilung wegen Verbrechens es die größte, dem Menschen aufzuerlegende Kränkung ist, ihn für unzurechnungfähig zu erklären und in ein Irrenhaus einzuschließen", sondern sogar fragt: „Ist es billig, ist es anständig, daß soviel und solange dauerndes Unglück ungestraft bestehen und noch immer geschaffen werden darf, jetzt, nachdem die Aufmerksamkeit des Publikums, der Ärzte, Gynäkologen, Neuropathologen, Psychiater nicht nur auf die Möglichkeit solch verhängnisvoller Irrtümer, sondern auch auf die Weise, sie zu vermeiden, gelenkt ist?"

Während *Bossi* die Patientinnen vor und aus den Irrenanstalten retten will, so gesteht doch *Schultze* in Jena, der seit mehr als 30 Jahren für die systematische gynäkologische Behandlung der psychischkranken Frauen eintritt, wenigstens die Behandlung innerhalb einer Irrenanstalt zu. Die von ihm angeführten *Hobbs*schen gynäkologisch-therapeutischen Erfolge bei Geisteskranken betreffen anscheinend fast ausschließlich manisch-depressive Formen, bei denen überhaupt für den Anfall die Prognose eine günstige ist, und erscheinen deshalb nicht so über das Maß glänzend.

[1]) Über weitere Versuche, die Vortr. mit der Pat. gemacht hat, wird im Arch. f. Psych. berichtet werden.



Der *Schultze*sche Vorschlag, einmal „einen als Diagnostiker und Operateur bewährten Gynäkologen zum Direktor einer großen Weiberirrenanstalt" einzusetzen, wird wohl so leicht nicht ausgeführt werden, schon aus dem Grunde nicht, weil schwerlich ein gynäkologischer Operateur seine einträglichere Spezialpraxis mit einer weniger lukrativen und für ihn beim Fehlen der Kenntnis in Psychiatrie und Anstaltwesen wohl auf sonst nicht befriedigende Tätigkeit vortäuschen wird.

F. Sioli-Bonn: „Über amyloidähnliche Degeneration im Gehirn."

Bei einem Fall von Paralyse fand sich eine auf mehrere Hirnwindungen ausgedehnte tumorartige Veränderung; die mikroskopische Untersuchung des seit Jahren in der Sammlung der Anstalt Galkhausen aufbewahrten Präparats zeigte, daß es sich um die Ablagerung einer homogenen Substanz handelt, die einige Amyloidreaktionen noch gab, andere vermissen ließ. Die Degeneration geht von den Gefäßwänden aus und erstreckt sich als massige Ablagerung in das Gehirngewebe. Es fand sich kein Anhaltpunkt, daß in Glia- und Ganglienzellen die fremdartige Substanz gebildet wird, das histologische Bild läßt vielmehr vermuten, daß das Grundgewebe eingeschmolzen und zum Aufbau der Substanz mitverwendet wird. In der Literatur sind ähnliche Veränderungen beschrieben, meist unter dem Namen Kolloiddegeneration, der vorliegende Fall übertrifft die der Literatur bei weitem durch die Mächtigkeit der Ablagerung. Es erscheint berechtigt, die Veränderung als lokale Amyloidbildung in paralytisch verändertem Gewebe zu betrachten. (Der Vortrag erscheint ausführlich in der Zeitschrift für die gesamte Psychiatrie und Neurologie.)

Umpfenbach.



Kleinere Mitteilungen.

Die nächste Jahresversammlung des **Deutschen Vereins für Psychiatrie** findet in Breslau am 15. u. 16. Mai 1913 statt. Da das Referat über die sog. verminderte Zurechnungfähigkeit auf Wunsch der Referenten für später zurückgestellt wurde, haben die Herren *Bleuler*-Zürich u. *Hoche*-Freiburg ein Referat über den Wert der Psychoanalyse übernommen. In das zweite Referat über Psychiatrie u. Fürsorgeerziehung werden sich die Herrn *Stier*-Rerlin u. *Mönkemöller*-Hildesheim teilen. Über die zweckmäßige Größe von Anstalten für Geisteskranke wird auf Wunsch des Vorstandes Herr *Starlinger Mauer*-Öhling vortragen.

Der 17. **internationale medizinische Kongreß** soll am 6. bis 12. August 1913 in London unter dem Protektorat S. M. des Königs Georg V. stattfinden. Präsident: Sir *Thoma Barlow*; Generalsekretär: Dr. *W. P. Herringham*. In der (11.) Sektion für Nervenkrankheiten wird Sir *David Ferrier* präsidieren; an Referaten sind vorgesehen: Die Symptome der Kleinhirnerkrankungen und ihre Bedeutung (*Babinski*-Paris, *Rothmann*-Berlin); Motorische Aphasie, Anarthrie und Apraxie (*Dejerine*-Paris, *Liepmann*-Berlin); Beziehungen der Myopathien (*Oppenheim*-Berlin, *Spiller*-Philadelphia); Die Behandlung der Gehirntumoren und die Indikationen für deren Operation (*Bruns*-Hannover, *Harvey Cushing*-V. St. A., *v. Eiselsberg*-Wien, *Tooth*-London); Natur des krankhaften Zustandes Parasyphilis (*Mott*-London; *Nonne*-Hamburg). Präsident der (12.) Sektion für Psychiatrie ist Sir *J. Crichton-Browne*; Referate: Die psychiatrische Klinik, ihr pädagogischer und therapeutischer Zweck und die Resultate mit Beziehung zur Genesungsförderung (*Ad. Meyer*-Baltimore, *Sommer*-Gießen); Psycho-Analyse (*Janet*-Paris, *Jung*-Zürich); Die Infektions- und Autointoxikationspsychosen (*Bonhöffer*-Berlin); Die syphilitischen und parasyphilitischen Geisteskrankheiten (*v. Bechterew*-Petersburg, *A. Marie*-Paris); Die Psychologie des Verbrechens (*Cramer*-Göttingen, *Morselli*-Genua).



Nekrolog Gutsch. — Am 26. Juli d. J. verschied in Karlsruhe nach langem Leiden im hohen Alter von 87 Jahren Geheimrat Dr. *Anton Gutsch*, früher Strafanstaltsarzt in Bruchsal. Seine hervorragende Tätigkeit auf forens-psychiatrischem Gebiet, die er vor über zwei Menschenaltern begann und 31 Jahre lang, zum Teil bahnbrechend führte, rechtfertigt es, sein Lebensbild in diesen Blättern in einem kurzen Umriß wiederzugeben. Wir folgen dabei, oft wörtlich, den Aufzeichnungen, die der Verewigte in seinem 84. Lebensjahr selbst niedergeschrieben hat.

Gutsch wurde 1825 in Bruchsal als Sohn des dortigen Oberamtsphysikus Dr. *Gutsch* geboren und widmete sich nach Besuch der Gymnasien zu Bruchsal und Rastatt von 1844—1849 in Heidelberg dem Studium der Medizin. Nach vorzüglich bestandenem Staatsexamen und ebensolchem Doktorat war *Gutsch* ein Jahr lang Assistent der inneren Klinik unter *Puchelt* und hatte dort zugleich Gelegenheit, auf der chirurgischen Station bei Chelius an zahlreichen Schwerverwundeten aus den Gefechten des badischen Aufstandes seine chirurgischen Kenntnisse zu vervollkommnen.

Nach weiterer Ausbildung an den großen Krankenhäusern zu Paris ließ sich *Gutsch* im Jahre 1850 in seiner Vaterstadt zur Ausübung der ärztlichen Praxis nieder und bekam noch im gleichen Jahre die Stelle des Hausarztes am neuen Männerzuchthause übertragen. Letzteres war nach dem amerikanischen System des Isolierungsgefängnisses als erster Versuch auf dem europäischen Kontinent im Jahre 1848 eröffnet worden.

Über 30 Jahre hat *Gutsch* an dem Zellengefängnis gewirkt und wesentlich mit dazu beigetragen, daß dieses Institut sich bald zu einer Musteranstalt entwickelte, die mit Vorliebe das Ziel von Besuchskomissionen auswärtiger Regierungen wurde. In den Beginn seiner dortigen Tätigkeit fällt auch die von Bruchsal ausgegangene Gründung des „Vereins der deutschen Strafanstaltsbeamten" und dessen Organs, der „Blätter für Gefängniskunde", die noch heute ihre fruchtbringende Tätigkeit entfalten. *Gutsch* selbst war bis zu seinem Ausscheiden aus dem Gefängnisdienst Mitglied des Ausschusses dieses Vereins gewesen und wurde 1889 Ehrenmitglied desselben.

Sein Lebenswerk hat er dem Bruchsaler Gefängnis gewidmet und sich dabei zu seiner Hauptaufgabe gemacht, seine besondere Fürsorge und Aufmerksamkeit den psychischen Anomalien und Krankheitzuständen zuzuwenden, die an Verbrechen und Gefangenschaft sich knüpfen und namentlich in der Einzelhaft ihre Entstehung finden sollten.

In mehreren umfangreichen, auch heute nach Jahrzehnten noch lesenswerten Arbeiten hat *Gutsch* seine dort gewonnenen Erfahrungen niedergelegt. Diese Aufsätze sind zum Teil in den „Blättern für Gefängniskunde", zum Teil in der „Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie" erschienen.



Stets war er bemüht, seine ärztlichen Befugnisse sowohl durch individuelle Verordnungen als durch allgemeine Maßnahmen zur Erleichterung der Lage der Gefangenen innerhalb des Rahmens der Hausordnung zur Geltung zu bringen, und hat es auch erreicht, daß bei manchen Modifikationen der Einzelhaft die auf seinem Gebiet gewonnenen Erfahrungen mitwirkten. So ist z. B. die Abschaffung der urteilmäßigen Strafverschärfungen durch Dunkelarrest und Hungerkost, die in den fünfziger Jahren reichlich von den Gerichten verhängt wurden, und die sich in der Statistik der Gesundheitsverhältnisse der Sträflinge in jenen Jahren so ungünstig bemerkbar machten, wohl mit in erster Reihe seinen unausgesetzten Bemühungen zu verdanken (siehe die Jahresberichte der Anstalt für 1853—1856).

Als erste größere Arbeit veröffentlichte *Gutsch* 1862 im XIX. Band. 1. Heft der Allg. Ztschr. f. Psychiatrie den Aufsatz über „Seelenstörung in Einzelhaft". Er legt darin die Ergebnisse seiner in 12 Jahren im Zellengefängnis Bruchsal gewonnenen Erfahrungen nieder, die darin gipfeln, daß wohl die allgemeine Disposition des Verbrechens und der Gefangenschaft zur Entwicklung von Seelenstörungen sowie angeborene individuelle Anlagen durch die hinzutretenden seelischen Einflüsse der Isolierung eine Förderung erfahren und unter ihrem Einfluß eher zur Geltung kommen, daß dagegen die ausschließlich Einflüssen des Alleinseins zur Last fallenden Psychosen entschieden die weitaus mindere Zahl bilden, sich meist schon durch einfache Aufhebung der Isolierung als heilbar erweisen und keine dauernden Nachteile zur Folge haben. Er will deshalb auch die Einzelhaft wegen ihrer sonstigen Vorzüge im allgemeinen beibehalten haben.

Schon früher hatte *Gutsch* erkannt, daß zur Erreichung günstiger Erfolge bei geisteskranken Sträflingen ein r a s c h e s Einschreiten und eine besondere Unterkunft unter ärztlicher Leitung für dieselben erforderlich seien. Mit der ihm eigenen Tatkraft verfolgte er in Wort und Schrift dieses Ziel, und er drang auch bald mit seiner Ansicht bei seiner vorgesetzten Behörde durch, trotzdem ihm in Geheimrat *Roller* ein nicht zu unterschätzender Gegner entgegengetreten war, der in einer scharfen Kritik manche Ansichten *Gutschs* bekämpfte.

Entsprechend *Gutschs* Vorschlägen wurde ein mitten im Strafanstaltgebiet freistehendes Krankenhaus nach psychiatrischen Grundsätzen im Jahre 1864 eingerichtet und damit ein erster Versuch einer Verbindung von Straf- und Irrenanstalt in Deutschland gemacht. In seiner äußeren und inneren Einrichtung wurde dieses Gebäude möglichst jedes gefängnisartigen Eindrucks entkleidet und bot trotzdem alle Erfordernisse einer sicheren Verwahrung. Auch war zur Trennung, je nach Krankheitskategorien, Charakter und Bildungsgrad, jede gewünschte Gelegenheit geboten, und in der gesamten Behandlung der Insassen wurde ohne Zustimmung des Arztes keine Anordnung getroffen. Es wurde in dem geisteskranken Verbrecher nicht der Verbrecher, sondern nur der



Kranke und dessen Bedürfnisse im Auge behalten (*Gutsch*, Das Zellengefängnis Bruchsal nebst der dazu gehörigen Hilfsstrafanstalt. Heidelberg bei G. Weiß 1867).

Die nach diesem Vorgang in Fluß gekommene Frage, ob größeren Gefangenenanstalten besondere Abteilungen für geisteskranke Sträflinge anzugliedern seien, fand von da an in allen einschlägigen Zeitschriften eine lebhafte Erörterung und bildete in zahlreichen psychiatrischen und gefängniswissenschaftlichen Vereinsversammlungen ein ständiges Thema. In mehreren derselben (München, Hannover, Wien) war *Gutsch* das Referat übertragen worden. Besonders eingehend hat er in der Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte in Heidelberg im Jahre 1873 diese Frage in einem Vortrag erörtert („Wohin mit den geisteskranken Sträflingen?" Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. XXX). Er kommt darin zu dem Ergebnis, daß die geisteskranken Verbrecher in besonderen Abteilungen von Strafanstalten, sogenannten Hilfsstrafanstalten, unterzubringen seien, denen neben der formellen Fortsetzung des Strafvollzuges alle Hilfsmittel der Irrenpflege zu Gebote stehen müssen, also in Anstalten, wie er in Bruchsal eine gegründet hatte.

Auf der Versammlung der deutschen Irrenärzte in München im Jahre 1875 wurden seine Anträge bezüglich der Frage, welche Wünsche vom psychiatrischen Standpunkte hinsichtlich der in der Justizkommission des Reichstags zur Beratung stehenden „Strafvollstreckung" in den Gefängnissen zu äußern seien, mit großer Majorität angenommen.

Gutschs Anregungen folgend, wurden auch bald in einer größeren Zahl von Strafanstalten Einrichtungen zur Behandlung der akuten Fälle von Geisteskrankheit entweder in dem psychiatrisch erweiterten Krankenhause oder in besonderen Abteilungen getroffen. So entstanden in Preußen in den Strafanstalten Berlin-Moabit, Köln, Halle, Graudenz, Breslau, Münster besondere Irrenstationen.

Seine weiteren humanen Bestrebungen, auch für die große Zahl zu Geisteskrankheit disponierter und psychisch defekter, minderwertiger Sträflinge, die Grenzfälle, die überall in den Strafanstalten zahlreich vorhanden sind, Herausnahme aus dem gefährdenden Zwange rücksichtslosen Strafvollzugs und individualisierende Behandlung zu erlangen, hatten nicht den von ihm erhofften Erfolg. Er hätte seine Bemühungen in dieser Hinsicht wohl noch länger fortgesetzt, wenn nicht die angestrengte jahrzehntelange Anstalttätigkeit in Verbindung mit einer großen Privatpraxis in der Stadt und der Besorgung der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses seine Nervenkraft allmählich untergraben hätte. Zur Wiederherstellung seiner Gesundheit zog er sich 1881 von jeder Tätigkeit zurück und siedelte nach Karlsruhe über, wo er die nächsten Jahre seinen Sohn — jetzt einer der geschätztesten Operateure unseres Landes — bei Einrichtung einer chirurgischen Privatklinik unterstützte.

Nach und nach kräftigte sich seine Gesundheit wieder mehr, so daß



er sich entsprechend der an ihn ergangenen Aufforderung noch viele Jahre in erfolgreichster Weise Vereinsbestrebungen widmen konnte, die einen seiner früheren Tätigkeit verwandten Zweck verfolgten. So wurde er zum Mitglied der Zentralleitung des Landesverbandes der badischen Schutzvereine für entlassene Sträflinge ernannt sowie zum Mitglied des Verwaltungsrates des Vereins sittlich verwahrloster Kinder, in welchen Stellungen *Gutsch* seine reichen Erfahrungen vielfach verwerten konnte.

Aber auch dem speziell psychiatrischen Gebiet wandte er in gleicher Weise wie in früheren Jahren sein lebhaftes Interesse zu, besuchte noch manche Versammlung, wo er sofort durch seinen energischen, durchgeistigten Gesichtsausdruck auffiel und vielfach wirksam in die Diskussion eingriff.

Mehr noch betätigte er seine Mitarbeit an dem Gefängniswesen, wozu ihm das Jahr 1890 ganz besonders Gelegenheit bot, als er als offizieller Delegierter Badens und Vertreter des Vereins der deutschen Strafanstaltsbeamten dem IV. internationalen Kongreß für Gefängniswesen in St. Petersburg beiwohnte, über den er im Auftrag des genannten Vereins in den „Blättern für Gefängniskunde", Band XXV, Heft 2, ein interessantes ausführliches Referat erstattete.

Die Bedeutung *Gutschs* auf forens-psychiatrischem Gebiete ist in vorstehenden Ausführungen gewertet. Vieles, was er schon vor 50 Jahren erkannt und erstrebt hatte, wurde erst in neuerer Zeit allgemeiner, auch von Kriminalisten, gewürdigt, und mit Genugtuung erfüllte es ihn noch in hohem Alter, bei vielen eine Übereinstimmung mit seinen Ideen und Bestrebungen zu sehen.

Das Wirken *Gutschs* wäre aber nicht erschöpfend behandelt, wenn wir nicht hinzufügen würden, daß er auch in somatischen Krankheiten ein viel erfahrener und viel gesuchter Arzt war. Mit Stolz konnte sein pietätvoller Sohn als Einführender der chirurgischen Abteilung der vorigjährigen 83. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Karlsruhe, welcher der 86 jährige Vater noch selbst anwohnte, in seiner Begrüßungsansprache von ihm sagen, daß er seinerseit auch Kaiserschnitt und Staroperationen mit Erfolg ausgeführt habe. Im Kriege 1870/71 hatte er seine Kräfte auch in den Dienst des Vaterlandes gestellt und stand als Chefarzt an der Spitze der Reservelazarette der freiwilligen Hilfstätigkeit in Bruchsal.

Bei seinen Kollegen und den Strafanstaltsbeamten erfreute sich *Gutsch* auch wegen seiner ausgezeichneten Charaktereigenschaften allezeit einer großen Beliebtheit und hoher Achtung, von den Sträflingen und seinen Klienten wurden sein humanes Wirken und seine mitfühlende Teilnahme an Unglück und Krankheit hochgeschätzt. Dabei zierten ihn, trotz hoher Auszeichnungen und Ehren, die ihm in reichem Maße zuteil wurden, eine wohltuende Zurückhaltung und Bescheidenheit, die ihn sogar zu der Bestimmung führten, daß sein Hinscheiden erst nach der

in aller Stille gewünschten Feuerbestattung öffentlich bekanntgemacht werden durfte.

Sein Leben war bis in sein 6. Jahrzehnt hinein Mühe und Arbeit gewesen, die nicht spurlos an seinen Nerven vorübergingen. Die dadurch erzwungene Ruhe in Verbindung mit mehrfachen längeren Winteraufenthalten im Süden brachten ihm zwar wieder Erholung, doch nie vollständig. Von Zeit zu Zeit traten immer wieder stärkere Beschwerden auf, vermehrt auch durch interkurrierende somatische Erkrankungen und Operationen. Schließlich gesellten sich qualvolle Beschwerden des Alters hinzu. Diese ließen trotz liebevollster Teilnahme seiner Angehörigen und trotz sorgsamster Pflege von seiten seiner Schwägerin, die sich die treffliche Frau nach schweren Schicksalschlägen zur Lebensaufgabe gemacht hatte, den greisen Kollegen oft den sehnlichen Wunsch aussprechen, es möge ihm ein baldiger Tod Erlösung bringen. Nach des Lebens Mühe und Arbeit, aber auch voll schöner und dauernder Erfolge, nach überstandenen schweren Krankheitsnöten ging ihm dieser Wunsch am 26. Juli in Erfüllung. Sein Andenken wird bei den badischen Kollegen und in der Geschichte der Psychiatrie, weit über unser Land hinaus, immer in Ehren bleiben.

Oster.

Nekrolog August Cramer. — Wie sich der Sturmwind aus den Bäumen des Waldes zuweilen den gewaltigsten herausgreift und zu Boden schmettert, so hat sich ein tückischer Tod gerade den Mann aus unseren Reihen zum Opfer erkoren, dem wir bis vor kurzem in Gesundheit und Kraft willig die erste Stelle einräumten.

Am Abend des 5. September 1912 ist *August Cramer* von uns geschieden. Er ist dahingegangen vor dem vollendeten 52. Lebensjahre und in der Fülle der Manneskraft, ein Liebling der Götter, die ihn rasch zu der Höhe geführt, die einem deutschen Psychiater beschieden sein kann, und die ihn wieder zu sich nahmen, bevor er dem alles zerstörenden Alter den unabwendlichen Tribut zahlen mußte.

Cramer war am 10. November 1860 in St. Pirminsberg, der St. Gallener Irrenanstalt, als der Sohn des damaligen Direktors dieser Anstalt geboren, und Befähigung und Liebe zur Psychiatrie waren ihm schon in die Wiege gelegt. Sein Vater, der auf dem Wege über Solothurn und Köln die Anstalt und Professur an der Universität Marburg übernommen hat und dort gestorben ist, war ein geradezu einziges Gemisch von kindlichem Gemüt und scharfem Verstand, und dabei Psychiater mit Leib und Seele, der wie kein Anderer dazu angetan war, die Begeisterung auf seinen Sohn zu übertragen, die er selber für sein Fach empfand.

Was er damals als Knabe und Jüngling dem Vater abgelauscht hat, das konnte er später bei dem berufensten Meister weiter vervollkommnen, bei *Zinn* zu Eberswalde, der, wenn ich nicht irre, sein Pate und wo er als



Assistenzarzt tätig war. *Zinn* war unstreitig einer der klügsten Menschen seiner Zeit, in allen Sätteln gerecht und ein Mann, den die Stürme des Lebens frühzeitig gereift, und dessen angeborene praktische Befähigung sie zur vollen Blüte entfaltet hatten. Die beiden Alten, *Cramer* und *Zinn*, bildeten in der tief empfindenden Milde des Einen und der urwüchsigen Kraft des Anderen einen Gegensatz, der sich in dem jüngeren *Cramer*, dem Sohne und Paten, zu einem harmonischen Ganzen ausgeglichen hatte, das ihm überall Vertrauen und Liebe erwarb.

Seiner machtvollen Persönlichkeit gegenüber hatte man den Eindruck, daß er seinen Mann stehen und seine Stelle ausfüllen werde, gleichviel wohin ihn Zufall und Geschick führen würden. Als es sich im Jahre 1904 um die Besetzung der durch meinen Abgang freiwerdenden Stelle in Bonn handelte, sagte mir *Althoff*: „Auf *Cramer* brauchen Sie sich keine Hoffnung zu machen, den lassen die Hannoveraner nicht fort"; das war auch tatsächlich nicht der Fall, so sehr hatte er sich in der kurzen Zeit seiner dortigen Tätigkeit das Vertrauen der maßgebenden Persönlichkeiten zu erwerben und sie zu veranlassen gewußt, ihm die zur Verwirklichung seiner Pläne unerläßlichen Mittel zur Verfügung zu stellen. Und dieser Pläne und der hierfür aufzubringenden Geldmittel waren nicht wenige, da schon bald nach seiner Berufung als Nachfolger *Ludwig Meyers* zum Professor für Psychiatrie und Nervenheilkunde, und gleichzeitig zum Direktor der Göttinger Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt (April 1900) auf sein Betreiben eine Poliklinik für psychische und Nervenkrankheiten errichtet und später zur Klinik ausgebaut wurde. Wie hier dem Staate, so wußte er der Provinz in der Errichtung eines Provinzial-Sanatoriums für Nervenkranke die erforderlichen Mittel abzugewinnen, und die Schöpfung der Rasemühle ist sein eigenstes Werk, das allein schon genügen würde, seinem Namen die Unvergessenheit zu sichern. Man muß dieses Idyll gesehen haben und seinen eigenartigen Reiz auf sich einwirken lassen, um den Eindruck zu gewinnen, wie er einen Teil seines eigenen Ichs in seine Schöpfung hineingelegt hat, aus deren Einfachheit und Gediegenheit uns das Wesen ihres Schöpfers entgegenleuchtet. Nehmen wir hinzu, daß auf seine Veranlassung das Provinzialverwahrungshaus für unsoziale Geisteskranke bei Göttingen errichtet, und eine Heil- und Erziehungsanstalt für psychopathische Fürsorgezöglinge, die erste ihrer Art, gegründet wurde, deren Leitung ihm mehr oder weniger unterstand, so bedurfte das einen Aufwand an Zeit und Kraft, den zu leisten nur wenige berufen sind. Wer wie ich Direktor einer großen Anstalt und dabei verpflichtet war, gleichzeitig den psychiatrischen Unterricht an der Universität zu leiten, der weiß, was arbeiten heißt, und kann ruhig zugestehn, daß ihm zuweilen des Guten etwas viel wurde. Hier aber waren es der Ämter noch viel mehr, und jedes erforderte seinen Mann und dessen Zeit, während manches davon bei seiner Eigenart der treibenden Fürsorge seines Schöpfers überhaupt nicht entbehren konnte und sie in ganz be-



sonderem Maße in Anspruch nahm. Wem könnte man es alsdann verdenken, wenn er unter sotanen Umständen der Überlastung in vermehrter Reizbarkeit und Hast auch nach außen hin Ausdruck geben würde und hin und wieder etwas kurz und deutlich geworden wäre?

Ob andere bei *Cramer* eine derartige Erfahrung gemacht haben, möchte ich auf Grund meiner eigenen bezweifeln. Ich wenigstens habe stets seine Ruhe und seinen Gleichmut bewundert, und es ist mir ein Rätsel, wo er die Zeit zur Erledigung seiner massenhaften Geschäfte gefunden hat. Erledigt aber hat er sie, und zwar gut erledigt, und nie habe ich von ihm ein Wort der Klage oder der Ungeduld gehört. Für ihn gilt das Horazische: Aequam in arduis servare mentem, und dieser Gleichmut bildete nicht die am wenigsten gewinnende Seite des Verstorbenen.

Dabei habe ich seiner wissenschaftlichen Tätigkeit noch keine Erwähnung getan, und doch kann *Eichelberg* in seinem warm empfundenen Nachrufe die Zahl seiner Veröffentlichungen auf mehr als 60 beziffern, die das gesamte Gebiet unserer Fachwissenschaft umfassen und den wissenschaftlichen Ruf *Cramers* begründet haben.

Auch in ihnen ist es das zielbewußte Erfassen des jeweiligen Gegenstandes, das uns von vornherein in seinen Bann stellt, und uns der ebenso klaren wie einfachen Darstellung bis zum Schlusse willig folgen läßt. Man hat das Gefühl, daß hier ein Mann zu uns redet, der uns etwas zu sagen, etwas Neues zu bieten hat und daß die Zeit, die man in seiner Gesellschaft verbringt, nicht verloren ist. Daher auch die Verbreitung und Beliebtheit seiner Lehrbücher, und die, wie ich glaube, ebenso allgemeine wie neidlose Zustimmung seiner Fachgenossen, als ihm nach *Ziehens* Abgang die Berliner Professur angeboten wurde. Daß hier der richtige Mann an der richtigen Stelle gewesen und er wie kein Anderer diesen nicht ganz ebenen Pfad gewandelt wäre, aufrecht und unbeirrt wie ein Dürerscher Ritter, daran wird wohl niemand zweifeln, der ihn gekannt, und das ganze Elend seines Geschicks greift uns an, daß es ihm nicht mehr vergönnt war, diesem Rufe zu folgen.

In diesem Ausgang liegt gewiß eine Tragik, und doch, wer sollte den nicht beneiden, der auf der Höhe seiner Leistungfähigkeit, in voller Wehr und Waffen, abberufen wird, ein Liebling der Götter?

Pelman.

Bei dem hundertjährigen Jubiläum des Sonnensteins wurde wiederholt hervorgehoben, daß diese Anstalt die erste in Deutschland gewesen sei. Diese Annahme ist indes irrig; 11 Jahre früher hatten bereits die Stände der Kurmark eine Anstalt zur Behandlung Geisteskranker in Betrieb gesetzt, die bis vor drei Jahren wenig verändert, wenn auch seit 45 Jahren anderen Zwecken dienend, in N e u r u p p i n bestanden hat. Während aber Sonnenstein in einer alten aufgelassenen Feste, Sorau in einem Kurfürstlich sächsischen Schlößchen errichtet wurden, kam in



Neuruppin ein Neubau zur Ausführung, der am 1. März 1801 seiner Bestimmung übergeben wurde. Es war die erste für diesen Zweck in Deutschland *erbaute* Anstalt; die nächste völlig neue Irrenanstalt, der Sachsenberg bei Schwerin, folgte ihr erst 1830.

Die Anstalt lag innerhalb der Stadtmauer in deren südöstlicher Ecke. Eine 3 m hohe Mauer grenzte den Anstalthof von der Schifferstraße ab, von der eine durch ein großes Tor verschlossene Einfahrt zur Anstalt führte. Das Krankenhaus bestand aus einem in der Flucht der Häuser der Schifferstraße liegenden Flügel von 11 Fenster Front nach der Straße zu und rechtwinklig dazu einem kleineren Flügel von 6 Fenster Front nach dem Hofe zu. Die Länge des Gebäudes war auf der Ostseite 41,9 m, auf der Südseite 33,35 m; es hatte ein Kellergeschoß von 3,55 m und zwei Obergeschosse von je 3,45 m Höhe. Den Zwischenraum von 10 m, der den östlichen Flügel des Krankenhauses von den Häusern der Schifferstraße trennte, füllte ein Haus von vier Fenster Front und geringerer Stockwerkhöhe aus, das von dem Eingang des Krankenhauses aus zu betreten und etwa 1,50 m niedriger war. Es befanden sich Bureauräume für die Anstalt und die Wohnung des Inspektors darin.

Die Anstalt war für 100 Kranke ($^2/_3$ m., $^1/_3$ w.) bestimmt; die Männer nahmen den Flügel an der Schifferstraße, die Frauen den rechtwinklig dazu gelegenen ein. In dem ersten Oberstock lagen Zimmer für Pensionäre, sowie zwischen Männer- und Frauenflügel ein Betsaal und Versammlungsaal. Das Kellergeschoß nahmen die Küche mit Nebenräumen, die Waschküche, das Bad und 9 Isolierräume, 6 für Männer, 3 für Frauen, ein. Auf der der Stadtmauer zugewandten Seite des Gebäudes lief in jedem Stockwerk ein breiter Korridor entlang, Zimmer von verschiedener Größe lagen nach der Hofseite. Sämtliche Fenster waren vergittert. Zwei große ummauerte, mit Bäumen bestandene Gärten füllten den Raum bis zum Gange um die Stadtmauer aus, je einer für die Männer und die Frauen. Von dem Kellergeschoß führten Ausgänge in die Gärten.

Ende der 30er Jahre wurden infolge zunehmender Krankenzahl noch an der Seite der Heinrichstraße Grundstücke gekauft und da noch ein Gebäude mit zwei Obergeschossen errichtet. Darin war eine Schneider- und Schuhmacherwerkstatt untergebracht, es wohnten mehrere Bedienstete darin, und die Obergeschosse wurden von Kranken bewohnt.

Von wem der Plan zu der für die damalige Zeit zweckmäßigen und geräumigen Anstalt entworfen ist, habe ich nicht ermitteln können. Auch war aus der ersten Zeit über den ärztlichen Dienst in der Anstalt nichts festzustellen. Er wurde wahrscheinlich vom Kreisphysikus mit versorgt. Ein ärztlicher Direktor wurde erst 1841 in der Person des Dr. *Wallies* eingesetzt. Dessen Nachfolger Dr. *Sponholz* ging bei der Aufhebung der Anstalt (1. Nov. 1865) mit nach Eberswalde über.

Während der Direktor außerhalb wohnte, war mindestens seit



Anfang der 50er Jahre ein unverheirateter Arzt in der Anstalt wohnhaft (um 1860 Dr. *Ideler*, der spätere Direktor von Dalldorf, bei Aufhebung der Anstalt Dr. *Wendt*, später Direktor in Schwetz).

Wenn die Anstalt sich zu sehr füllte, wurden die unheilbaren Kranken nach Wittstock überführt, wo anscheinend schon vor der Eröffnung von Neuruppin gemeingefährliche Geisteskranke, zusammen mit Landarmen, Siechen und Korrigenden, untergebracht waren. (Aus einem Aufsatz von Geh. San.-Rat Dr. *Knecht* in der Märkischen Zeitung v. 18. 8. 1912.)

Aus dem Verein zum Austausch der Anstaltberichte ist das Sanatorium Rockwinkel bei Bremen ausgetreten.

Personalnachrichten.

Dr. *Wilhelm Alter*, Geh. San.-Rat, bisher Direktor von Leubus, ist am 1. Oktober in den Ruhestand getreten. Sein Nachfolger ist

Dr. *Joh. Dinter*, San.-Rat, bisher 2. Arzt in Brieg.

Dr. *V. Magnan*, Prof. u. Chefarzt von St. Anne in Paris, ist ebenfalls in den Ruhestand getreten.

Dr. *Albr. v. Kunowski* wurde als Oberarzt von Leubus nach Brieg,

Dr. *Wilh. Weidenmüller*, Oberarzt, von Uchtspringe nach Jerichow versetzt.

Dr. *Guido Kunze* in Leubus und

Dr. *Hugo Heilemann* in Bunzlau wurden zu Oberärzten befördert.

Dr. *Rich. Stöckle* in Eglfing ist Oberarzt in Lohr geworden.

Dr. *Karl Brandl*, Anstaltsarzt in Eglfing,

Dr. *Karl v. Hößlin*, Anstaltsarzt in Eglfing,

Dr. *Alb. Imhof*, Anstaltsarzt in Gabersee, und

Dr. *Emil Krapf*, Anstaltsarzt in Haar (bisher in Kaufbeuren), haben Titel u. Rang eines Oberarztes erhalten.

Dr. *Max Seige*, früher Assistent in Jena, hat sich in Partenkirchen als Nervenarzt niedergelassen.

Dr. *Ernst Schultze*, o. Prof., bisher in Greifswald, ist nach Göttingen als Dir. der Prov.-Anstalt u. als Leiter der Klinik berufen worden und hat die Berufung angenommen.

Dr. *Georg Stertz*, bisher Priv.-Doz. in Bonn, ist Oberarzt an der psychiatrischen Klinik zu Breslau geworden u. hat sich an der dortigen Universität habilitiert.

Dr. *W. Spielmeyer*, Priv.-Doz. in Freiburg, ist zum Leiter des anatom. Laboratoriums der psychiatr. Klinik zu München ernannt worden.

Dr. *Hans W. Maier*, 2. Arzt im Burghölzli zu Zürich, und

Dr. *Jos. Berze*, Primararzt am Steinhof zu Wien, haben sich als Privatdozenten habilitiert.

Dr. *Kurt Goldstein*, Priv.-Doz. in Königsberg, und

Dr. *Jos. Peretti*, Geh. San.-R., Dir. d. Prov.-Anst. Grafenberg u. Doz. an der Akademie Düsseldorf, haben den Titel Professor erhalten.

Dr. *Alfr. Richter*, Dir. in Buch,

Dr. *Reinh. Otto*, Oberarzt in Herzberge, und

Dr. *Friedr. Kortum*, Oberarzt in Dalldorf, sind zu Geh. Sanitätsräten,

Dr. *Walter Levinstein*, Dir. der Maison de Santé in Schöneberg, zum Sanitätsrat ernannt worden.

Dr. *Wilh. Alter*, Geh. San.-R., bisher in Leubus, jetzt in Krietern b. Breslau, und

Dr. *Ad. Schmidt*, Geh. San.-Rat, Dir. der Prov.-Anstalt Sorau, haben den Kronenorden 3. Kl.,

Dr. *Osk. Kluge*, Dir. der Prov.-Anstalt f. Epil. in Potsdam, den Roten Adlerorden 4. Kl.,

Dr. *Gust. Landerer*, San.-R., die Karl-Olga-Medaille in Silber,

Dr. *Heinr. Schlöß*, Reg.-Rat, Dir. der Landesanstalt am Steinhof in Wien, den Orden der Eisernen Krone 3. Klasse erhalten.

Dr. *Gerh. v. Seidlitz*, Assist.-Arzt in Teupitz, ist am 2. Sept. an Influenzapneumnie,

Dr. *Julius Müller*, Oberarzt der Pflegeanstalt St. Thomas in Andernach, am 9. Sept., 34 Jahre alt, infolge eines Schlaganfalls gestorben.

Dr. *Edm. Ribstein*, Geh. Med.-Rat, Dir. Arzt am Landesgefängnis zu Freiburg i. B.,

Dr. *Stöwesand*, Anstaltsarzt in Kreuzburg i. Schl., zuletzt Schiffsarzt, u.

Dr. *Herm. Frühstück*, Oberarzt in Hochweitzschen, sind gestorben.



ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

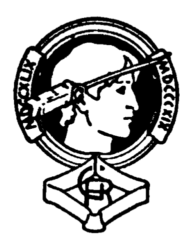
BONHOEFFER BERLIN — **CRAMER** GÖTTINGEN — **v. GRASHEY** MÜNCHEN — **KREUSER** WINNENTAL — **PELMAN** BONN — **SCHÜLE** ILLENAU

DURCH

HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

NEUNUNDSECHZIGSTER BAND

I. LITERATURHEFT



BERLIN
W. 35. GENTHINERSTRASSE 38
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1912

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1911

REDIGIERT

VON

OTTO SNELL

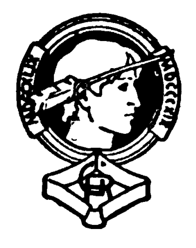
DIREKTOR DER HEIL- U. PFLEGEANSTALT LÜNEBURG

I.

I. LITERATURHEFT

ZUM 69. BANDE

DER ALLGEMEINEN ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE



BERLIN

W. 35. GENTHINERSTRASSE 38

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1912.



1. Psychologie und Psychophysik.

Ref. Max Isserlin-München.

1. *Abraham, K.* (Berlin), Giovanni Segantini. Ein psychoanalytischer Versuch. Leipzig u. Wien, F. Deuticke. 65 S. 2 M.
2. *Abramowsky, E.* (Warschau), L'analyse physiologique de la perception. Blond et Cie. 120 S. 1,50 fr.
3. *Ach, N.*, Über den Willensakt, eine Replik (Untersuchungen z. Psychol. u. Philos., herausg. v. N. Ach, I, 4). 40 S. Leipzig 1911. (S. 24*.)
4. *Ach, Narziss*, Willensakt und Temperament. Ztschr. f. Psychol. Bd. 58, H. 3 u. 4, S. 263—276. (S. 24*.)
5. *Acker, Rudolph*, Recent Freudian Literature. Americ. Journ. of Psychol. Bd. XXII, H. 3, S. 408—444.
6. *Alexander, G.*, Die Reflexerregbarkeit des Ohrlabyrinthes am menschlichen Neugeborenen. Ztschr. f. Sinnesphysiol. 1911 Bd. 45, H. 3 u. 4, S. 153—197.
7. *D'Allones, R.*, Procédé clinique pour mesurer la rapidité de l'attention. Journ. de psychol. normale et pathol. 8e ann., no. 1.
8. *Anschütz, G.*, Über die Methoden der Psychologie. Arch. f. d. ges. Psychol. 1911 Bd. XX, H. 4, S. 414—498. (S. 17*.)
9. *Bajenoff* et *Ossipoff* (Moskau). La suggestion et ses limites. Paris, Bloud et Cie. 117 p. 1,50 fr.
10. *Barnholt, Sarah E.*, und *Bentley, Madison*, Thermal Intensity and the Area of Stimulus. Americ. Journ. of Psychol. 1911 Bd. XX, H. 3, S. 325—333.
11. *v. Bechterew, W.*, Über die Anwendung der assoziativmotorischen Reflexe als objektives Untersuchungsverfahren in der klinischen Neuropathologie und Psychiatrie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. V, H. 3, S. 299.



12. *Bentley* siehe *Barnholt*.

13. *Benussi*, *Vittorio*, Über die Motive der Scheinkörperlichkeit bei umkehrbaren Zeichnungen. Mit 9 Figuren und 4 Diagrammen im Text. Arch. f. d. ges. Psychol. 1911 Bd. XX, H. 4, S. 363 bis 397.

14. *Bernheim* (Nancy), Définition et valeur thérapeutique de l'hypnotisme. Revue de psych. no. 10, p. 402.

15. *Berze*, *J.*, Zur Psychologie und Pathologie der Affekte. Wien. klin. Wschr. Nr. 9. Ref.: Münch. med. Wschr. Nr. 11, S. 588.

16. *Betz*, *W.*, Vorstellung und Einstellung. II. Über Begriffe. Arch. f. d. ges. Psych. 1911 Bd. XX, H. 2, S. 186—225.

17. *Betz*, *W.*, Über Korrelation. VI, 88 S. (Beihefte z. Ztschr. f. angew. Psychol. Nr. 3). Leipzig 1911.

18. *Birnbaum*, *K.*, Die krankhafte Willensschwäche und ihre Erscheinungsformen. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 75 S. 2 M.

19. *Bobertag*, *O.*, Über Intelligenzprüfungen, nach der Methode von Binet und Simon. Ztschr. f. angew. Psychol. 5, 105. 1911. (S. 24*.)

20. *Boruttau*, *H.* (Berlin), Leib und Seele. Grundzüge der Physiologie des Nervensystems und der physiologischen Psychologie. Leipzig, Quelle u. Meyer. 141 S. 1,25 M.

21. *Boulenger* (Liernnux), Poésie et Démence. Journ. de neurol.

22. *Buyse*, *O.*, Le problème psychophysique de l'apprentissage. Revue psychol. 4, fasc. 1, p. 51.

23. *Chatelain*, *A.* (St. Blaise), Note sur la sidération par la douleur. Ann. méd.-psychol. no. 3, p. 398.

24. *Chinaglia*, *Leopold*, siehe *Kiesow*.

25. *Clarke*, *Helen Maud*, Conscious Attitudes. Americ. Journ. of Psychol. 1911 Bd. XXII, H. 2 S. 214—225.

26. *Clark*, *Dorothy*, *Goodell*, *Mary S.*, and *Washburn*, *M. F.*, The Effect of Area on the Pleasantuess of Colors. Americ. Journ. of Psychol. 1911 vol. XXII, p. 578—579 (Minor Studies from the Psychological Laboratory of Vassar College).

27. *Cohn* und *Dieffenbacher*, Untersuchungen über Geschlechts-, Alters- und Begabungsunterschiede bei Schülern. VI, 213 S. Beihefte z. Ztschr. f. angew. Psychol. Nr. 2. Leipzig 1911.

28. *Collins* siehe *Ferree*.

29. *Crawford*, *Dorothy*, and *Washburn*, *M. F.*, Fluctuations in the Affective Value of Colors During Fixation for One Minute. Americ. Journ. of Psychol. 1911 vol. XXII, p. 579—583. (Minor Studies from the Psychological Laboratory of Vassar College.)

30. *Dauber*, *Johann*, Über bevorzugte Assoziationen und verwandte Phänomene. Ztschr. f. Psychol. Bd. 59 H. 3, S. 176 bis 222.

31. *Delage*, *Y.*, La mémoire visuelle chez les peintres. Bull. de l'institut général psychol. no. 1, p. 45.

32. *Delage*, *Y.*, Comment pensent les bêtes. Bull. de l'institut général psychol. no. 1, p. 35.

33. *Dessoir*, *Max*, Abriß einer Geschichte der Psychologie. 272 S. Heidelberg, Karl Winters Universitätsbuchhandlung. (S. 17*.)

34. *Devoux* et *Logre*, Amnésie et fabulation. Iconographie de la Salpêtrière (nouvelle) no. 1, p. 90.

35. *Dexler*, *H.*, *Fröschl*, *A.* (Prag), Beiträge zur Psychologie der Tiere. Prag. med. Wschr. Nr. 42—43.

36. *Dieffenbach* siehe *Cohn*.

37. *Dolle*, *M.*, Das magnetische Gesetz, die Offenbarung des Lebens in jeder Form. 45 S. Leipzig, Kommissionsverlag von Otto Wigand m. b. H.

38. *Dosai-Revesz*, *M.*, Experimentelle Beiträge zur Psychologie der moralisch-verkommenen Kinder. Ztschr. f. angew. Psychol. 5, 272.

39. *Downey*, *June E.*, A Case of Colored Gustation. Americ. Journ. of Psychol. vol. XXII, p. 528—540.

40. *Dreher*, *Edgar*, Methodische Untersuchung der Farbentonänderungen homogener Lichter bei zunehmend indirektem Sehen und veränderter Intensität (mit 9 Figuren im Text). Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 46, H. 1 u. 2, S. 1—83.

41. *Drozyński*, *L.*, Atmungs- und Pulssymptome rhythmischer Gefühle. Mit Tafel I—II. Psychol. Studien v. Wundt, Bd. VII, H. 1 u. 2, S. 83—140. (S. 23*.)

42. *Dunlap*, *Knight*, Terminology in the Field of Sensation. Americ. Journ. of Psychol. vol. XXII, fasc. 3, p. 444—445.



43. *Dupré*, *E.*, et *Nathan*, *M.*, Le langage musical. (Étude médico-psychologique.) Paris, F. Alcan.

44. *Dupuis*, *L.*, Le moindre effort en psychologie. Revue philos. 36e an., no. 2.

45. *Ebbinghaus*, *H.*, Grundzüge der Psychologie Bd. II Lieferung I u. II. II. Lieferung von Prof. Ernst Dürr-Bern,

46. *Ellis*, *Hav.*, Die Welt der Träume. Deutsch von H. Kurella. Würzburg, C. Kabitzsch. 292 S. 4 M.

47. *Ellis*, *Havelock*, Symbolismus in Träumen. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. Bd. III, H. 1, S. 29.

48. *Ellison Ordahl. Louise* Consciousness in Relation to Learning. Americ. Journ. of Psychol. vol. XXII, fasc. 2, p. 158—214.

49. *Elsenhans*, *Theodor*, Theorie der Phantasie. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. XXII, H. 1, S. 30—40.

50. *Eulenburg*, *A.*, Sammelbericht über Psychotherapie und medizinische Psychologie. Med. Klinik Nr. 31, S. 1210.

51. *Ferree*, *C. E.*, and *Collins*, *Ruth*, An experimental Demonstration of the Binaural Ratio as a Factor in Auditory Localization. Americ. Journ. of Psychol. 1911 vol. XXII, fasc. 2, p. 225—298

52. *Feuchtwanger*, *Albert*, Versuche über Vorstellungstypen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 58, H. 3 u. 4, S. 161—200. (S. 22*.)

53. *Forbes* siehe *Wells*.

54. *Friedmann*, *M.*, Über die Psychologie der Eifersucht. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1911. 112 S.

56. *Freud*, *S.* (Wien), Über den Traum. 2. Aufl. Wiesbaden, Bergmann.

57. *Freud*, *Sigm.*, Die Traumdeutung. 3. vermehrte Auflage. 414 S. 10 M. Leipzig u. Wien, Franz Deuticke.

58. *Fröhlich*, *Albert*, Assoziationspsychologische Studien bei Epileptikern. Inaug.-Diss. Greifswald.

59. *Fröschl* siehe *Dexler*.

60. *Flournoy*, *Th.*, Beiträge zur Religionspsychologie (in autorisierter Übersetzung von Prof. Dr. M. Regel). 62 S. Leipzig, Fritz Eckardt Verlag.

61. *Fursac*, *J. R. de*, L'avarice, essai de psychologie morbide. 185 p. Paris, Felix Alcan.

62. *Gaedeken*, *Paul*, Über die psychophysiologische Bedeutung der atmosphärischen Verhältnisse, insbesondere des Lichts. (Eine vergleichend statistische Untersuchung.) Zeitschr. f. Psychother. u. med. Psychol. 3, 129. (S. 24*.)

63. *Galasso*, *F.*, Nuova ipotesi sul sonno fisiologico. Rivista di psicologia applicata Ann. 7, no. 3, p. 257.

64. *Geiger*, *M.*, Das Bewußtsein von Gefühlen. Münch. philos. Abhandl. Th. Lipps zu seinem 60. Geburtstag gewidmet. Leipzig, Barth, 1911.

65. *Goanza* siehe *Stefanescu.*

66. *Göcke*, *Curt*, Über die Schwankungen der Erfolge untermaximaler Reize. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br.

67. *Goebel*, Über die Ursache der Einklangsempfindung bei Einwirkung von Tönen, die im Oktavenverhältnis zueinander stehen. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 45, H. 2, S. 109—117.

68. *Göring*, *H.*, Vergleichende Messung der Alkoholwirkung. Psychol. Arb., herausg. von E. Kräpelin, VI, 1911.

69. *Goodell* siehe *Clark.*

70. *Graf*, *Max* (Wien), Richard Wagner im „Fliegenden Holländer". Ein Beitrag zur Psychologie künstlerischen Schaffens. Schriften zur angewandten Seelenkunde, herausg. von S. Freud, H. 9. Leipzig u. Wien Fr. Deuticke. 45 S.

71. *Grassi*, *Isabella*, Einfache Reaktionszeit und Einstellung der Aufmerksamkeit. Ztschr. f. Psychol. Bd. 60 H. 1 u. 2, S. 46 bis 73.

72. *Grooß*, *Karl*, Untersuchungen über den Aufbau der Systeme. Ztschr. f. Psychol. Bd. 60, H. 1 u. 2, S. 1—26.

73. *Günther*, *Friedrich*, Reaktionsversuche bei Durchgangsbeobachtungen. (Mit 3 Figuren im Text und 3 Tafeln.) Psychol. Studien 1911 Bd. VII, H. 4 u. 5, S. 229—284.

74. *Guttmann*, *L.* (Moskau), Russische medizinisch-psychologische Arbeiten. Kritisches Sammelreferat. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. Bd. III, H. 1, S. 52.

75. *Hacker*, *Friedr.*, Systematische Traumbeobachtungen mit besonderer Berücksichtigung der Gedanken. (Mit 1 Figur im Text.) Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. XXI, H. 1—3, S. 1—132. (S. 24*.)

76. *v. Hartungen, Ch.*, Kritische Tage und Träume. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. Bd. III, H. 1, S. 47.

77. *Hayes, Samuel P.*, The Color Sensations of the Partially Color-Blind; a Criticism of Current Teaching. Americ. Journ. of Psychol. vol. XXII, fasc. 3, p. 369—408.

78. *Heller, Theodor*, Über Psychologie und Psychopathologie des Kindes. Wien, Hugo Heller u. Comp.

79. *Hellpach, W.*, Die geopsychischen Erscheinungen. Wetter, Klima und Landschaft in ihrem Einfluß auf das Seelenleben. Leipzig, W. Engelmann. (S. 24*.)

80. *Hennon, V. A. C.*, The relation of the time of a judgement to its accuracy. The psychol. review 18, no. 3, p. 186.

81. *Henry, Ch.*, Mémoire et habitude. Bull. de l'institut général psychol. no. 1, p. 70.

82. *Henry, Ch.*, Sensation et énergie. Bull. de l'institut général psychol. no. 1, p. 65.

83. *Hildebrand-v. Renauld, L.*, Zur Psychologie eines Sprichworts. (Geteilte Freude ist doppelte Freude, Geteilter Schmerz ist halber Schmerz.) Eine psychologische Studie. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. XXII, H. 2 u. 3, S. 395—398.

84. *Hinrichsen, O.*, Zur Psychologie und Psychopathologie des Dichters. 94 S. Wiesbaden, J. F. Bergmann.

85. *Hirschlaff, L.*, Zur Psychologie und Hygiene des Denkens. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 6, H. 2, S. 214.

86. *Höfler, Alois*, Zwei Modelle schematischer Farbenkörper und die vermutliche Gestalt des psychologischen Farbenkörpers. Ztschr. f. Psychol. Bd. 58, H. 5 u. 6, S. 356—371.

87. *Huber, Edwin*, Assoziationsversuche an Soldaten. Ztschr. f. Psychol. Bd. 59, H. 4, S. 241.

89. *Inccarini, Em.*, Los origines de la vida y la filosofia italiana. Archivos de psiquiatria y criminalogia 10 an., p. 355.

90. *Isserlin, M.*, Bewegungen und Fortschritte in der Psychotherapie. Ergebn. d. Neurol. u. Psych. I, 1—88. 1911. (S. 20*.)

91. *Jacobson, Edmund*, On meaning and Understanding. Americ. Journ. of Psychol. vol. XXII, p. 553—578.

92. *Jacobson, Edmund*, Consciousness under Anaesthetics. Americ. Journ. of Psychol. vol. XXII, fasc. 3, p. 333—346.

93. *Jaensch, E.*, Über die Wahrnehmung des Raumes. Eine experimentell-psychologische Untersuchung nebst Anwendung auf Ästhetik und Erkenntnislehre. Ztschr. f. Psychol. Erg.-Bd. 6, 488 S. (S. 17*.)

94. *Jaspers*, Analyse der Trugwahrnehmungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. VI, H. 4.

95. *Jesinghaus, Carl*, Zur psychologischen Theorie des Gedächtnisses. Psychol. Studien Bd. VII, H. 4 u. 5, S. 336—375.

96. *Jones, Ernest* (Toronto), The psychopathology of the everydaylife. Journ. of psychol. vol. 22, p. 477.

97. *Joteyko, J.*, Les illusions alimentaires. La revue psychol. fasc. 2, p. 214.

98. *Kallen, Horace M.*, The. Aesthetic Principle in Comedy. Americ. Journ. of Psychol. vol. XXII, no. 2, p. 139—158.

99. *Katz, D.*, Die Erscheinungsweisen der Farben und ihre Beeinflussung durch die individuelle Erfahrung. Ztschr. f. Psychol. Erg.-Bd. 7, 425 S. (S. 17*.)

100. *Keller, A.*, Das Wesen der Vernunft. 32 S. Groß-Lichterfelde, Unverdorben & Co.

101. *Keller, A.*, Das Wesen des Seins und Nichtseins. 32 S. 1 M. Groß-Lichterfelde, J. Unverdorben & Co.

102. *Kiesow, F.*, Über die Versuche von E. H. Weber und M. Szabadföldi, nach welchen einer Hautstelle aufliegende Gegenstände von gleicher Größe nicht gleich schwer empfunden werden, wenn ihre Temperaturen gewisse Unterschiede aufweisen. Nach einer zum Teil von Dr. Leopold Chinaglia ausgeführten Untersuchung. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. XX, H. 1, S. 50—105.

103. *Klages, Ludwig*, Über Charakterkunde (Eine Erwiderung). Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. XXII, H. 1, S. 108—116.

104. *Klemm, O.*, Geschichte der Psychologie. Leipzig, Teubner. (S. 17*.)

105. *Kohl, A.*, Pubertät und Sexualität. Untersuchungen zur Psychologie des Entwicklungsalters. 80 S. 1,50 M. Würzburg, Curt Kabitzsch.



106. *Köhler*, *W.*, Akustische Untersuchungen II. Ztschr. f. Psychol. 58, 59—140. (S. 17*.)

106a. *Köhler*, *W.*, Bibliographie der deutschen und ausländischen Literatur des Jahres 1910 über Psychologie, ihre Hilfswissenschaften und Grenzgebiete. (Mit Namenverzeichnis.) Ztschr. f. Psychol. Bd. 59. H. 5 u. 6. S. 331—474.

107. *Kraepelin*, *E.*, Die psychologischen Untersuchungsmethoden. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie. 68, 509.

108. *Kramer*, *F.*, Die Intelligenzprüfung bei kriminellen und psychopath. Kindern. Vortrag, Bericht über den 1. Kongreß für Jugendbildung und Jugendkunde zu Dresden, Okt. 1911. Arbeiten des Bundes für Schulreform. Leipzig, Teubner, 1911.

109. *Kronfeld*, *Arthur*, Über die psychologischen Theorien Freuds und verwandte Anschauungen. Systematik und kritische Erörterung. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. XXII, H. 2 u. 3, S. 130—249.

110. *Ladame*, *P. L.*, Religion et pathologie mentale. Extrait des Comptes rendus du VI[e] Congrès international de Psychologie. Genève 3, no. 4 Août 1909, p. 139 et 688—697.

111. *Legendre* et *Pieron*, Contribution expérimentale à la phisiologie du sommeil. Revue de psych. et de psychol. expérimentale no. 5, p. 190.

112. *Lépine*, *Jean*, Intonation und Gedächtnis. Revue de Médecine no. 6.

113. *Leschke*, *Erich*, Die körperlichen Begleiterscheinungen seelischer Vorgänge. (Mit 3 Figuren im Text.) Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. XXI, H. 1—3, S. 435—464.

114. *Leschke*, *Erich*, Erwiderung auf die Bemerkung von Ernst Weber zu meiner Abhandlung: „Die körperlichen Begleiterscheinungen seelischer Vorgänge“. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. XXI, H. 4, S. 581.

115. *Levy-Suhl*, *Max* (Berlin), Über experimentelle Beeinflussung des Vorstellungsverlaufes bei Geisteskranken nebst einer Kritik der Assoziationsexperimente an Geistesgesunden. Leipzig, Barth, 144 S. 4,50 M. (S. 18*.)

116. *Levy-Suhl*, *Max*, Studien über die experimentelle Beeinflussung



des Vorstellungsverlaufes. (Dritter Teil.) Ztschr. f. Psychol. Bd. 59, H. 1 u. 2, S. 1—91.

117. *Ley, Aug.*, et *Menzerath, P.*, L'étude expérimentale de l'association des idées dans les maladies mentales. Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique no. 157. (S. 18*.)

118. *Liebermann, Paul v.*, und *Marx, Eugen*, Über die Empfindlichkeit des normalen und des protanopischen Sehorgans für Unterschiede des Farbentons. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 45, H. 2, S. 103—109.

119. *Lipmann, Otto*, Die Spuren interessebetonter Erlebnisse und ihre Symptome (Theorie, Methoden und Ergebnisse der Tatbestandsdiagnostik). IV, 96 S. Beihefte z. Ztschr. f. angew. Psychol. Nr. 1. (S. 24*.)

120. *Lobedank, E.*, Das Problem der Seele und der Willensfreiheit in Theorie und Praxis. 55 S. Berlin, J. Guttentag.

121. *Loeb, S.*, Ein Beitrag zur Lehre vom Farbengedächtnis. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 46, H. 1 u. 2, S. 83—128.

122. *Logre* siehe *Devoux.*

123. *Mach, E.*, Die Analyse der Empfindungen und das Verhältnis des Physischen zum Psychischen. 6. Auflage. Jena, G. Fischer. (S. 17*.)

124. *Mackenzie Wallis, R. L.* (Cardiff), Metabolism in the insane. Journ. of mental science no. 237, vol. 57, p. 327.

125. *Moravcsik, E.*, Diagnostische Assoziationsuntersuchungen. Ztschr. f. Psychiatr. u. psychisch-gerichtliche Med. Bd. 68, S. 626.

126. *Moravcsik, E.*, Experimente über das psychogalvanische Reflexphänomen. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 18, S. 186. (S. 23*.)

127. *Margis, Paul:* E. T. A. Hoffmann, Eine Individualanalyse mit 2 Faksimiles, 2 Stammtafeln und 2 graphologische Urteilen. VIII 220 S. Beihefte z. Ztschr. f. angew. Psychol. Nr. 4. Leipzig.

128. *Marie, D. A.*, Traité international de Psychopathologie. II. Teil. Paris, Felix Alcan.

129. *Marx* siehe *Liebermann.*

130. *Marx, Eugen*, und *Trendelenburg, Wilhelm*, Über die Genauigkeit der Einstellung des Auges beim Fixieren. (Mit 1 Tafel.) Ztschr. f. Sinnesphysiol. 1911 Bd. 45, H. 2, S. 87—103.



131. *Menzerath* siehe *Ley*.

132. *Messer, A.*, Husserls Phänomenologie in ihrem Verhältnis zur Psychologie. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. XXII, H. 2 und 3, S. 117—130.

133. *Meumann, E.*, Über Bekanntheits- und Unbekanntheitsqualität. Arch. f. d. ges. Psychol. 8, 36—44. (S. 20*.)

133a. *Meyer*, Experimentelle Analyse psychischer Vorgänge beim Schießen mit der Handfeuerwaffe. Ein Versuch. (Mit 7 Fig. im Text.) Arch. f. d. ges. Psychol. 1911 Bd. XX, H. 4, S. 397—414.

134. *Meyer*, Vorschläge zu Versuchen im Anschluß an meinen Aufsatz „Experimentelle Analyse psychischer Vorgänge beim Schießen mit der Handfeuerwaffe". (Mit einer Figur.) Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. XXI, H. 1, S. 47—50.

135. *Minkowski, Eugen*, Zur Müllerschen Lehre von den spezifischen Sinnesenergien. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 45, H. 2, S. 129—152.

136. *Minnemann, C.*, Untersuchungen über die Differenz der Wahrnehmungsgeschwindigkeit von Licht und Schallreizen. I. Theoretische Erörterungen über die Differenz von Wahrnehmungsgeschwindigkeiten. (Mit 2 Figuren im Text.) II. Bisheriger Stand der Untersuchungen über die Wahrnehmungsgeschwindigkeit von Licht und Schallreizen. (Mit 2 Figuren im Text.) III. Experimentelle Untersuchung über die Wahrnehmungsgeschwindigkeit von Licht- und Schallreizen nach der Methode direkter Vergleichung. (Mit 20 Figuren im Text.) Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. XX, H. 3, 1911.

137. *Mittenzwey, K.*, Versuch einer Darstellung und Kritik der Freudschen Neurosenlehre. Ztschr. f. Pathopsychol. I.

138. *Molde, Walter*, Gedächtnis in Psychologie, Physiologie und Biologie. Kritische Beiträge zum Gedächtnisproblem. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. XII, H. 2 u. 3, S. 312—390.

139. *Monnet, R.*, La perception de la troisième dimension. Journ. de psychol. normale et pathol. no. 2, p. 104.

140. *Müller, G. E.*, Zur Analyse der Gedächtnistätigkeit und des Vorstellungsverlaufs. I. Teil. Ztschr. f. Psychol. Erg.-Bd. 5, 403 S. (S. 18*.)



141. *Münsterberg, H.*, Psychologie und Pathologie. Ztschr. f. Pathopsychol. I.

142. *Nathan* siehe *Dupré.*

143. *Ossipoff* siehe *Bajenoff.*

144. *Pacheu, J.*, L'expérience mystique et l'activité subconsciente. Revue de philos. 1, I, p. 10.

145. *Pauli, Richard*, Über die Beurteilung der Zeitordnung von optischen Reizen im Anschluß an eine von E. Mach beobachtete Farbenerscheinung. (Mit 39 Figuren im Text.) Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. XXI, H. 1—3, S. 132—219. (S. 17*.)

146. *Paulsen, Johannes*, Untersuchungen über die psychophysiologische Erkenntnistheorie Th. Ziehens. I. Der psychologische Begriff der Empfindung. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. XXII, H. 1, S. 1—30.

147. *Peters, W.*, Gefühl und Erinnerung. Beiträge z. Erinnerungsanalyse. Psychol. Arb., herausg. von E. Kräpelin. VI, 196. (S. 18*.)

148. *Pettow, Ralph*, Zur Psychologie der Transvestie. Zugleich ein Beitrag zur Reform des § 51 StGB. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. XXII, H. 2 u. 3, S. 249—267.

149. *Pick, A.*, Zur Lehre von den Störungen des Realitätsurteils bezüglich der Außenwelt; zugleich ein Beitrag zur Lehre vom Selbstbewußtsein. Ztschr. f. Pathopsychol. I. (S. 26*.)

150. *Pick, A.* (Prag), Les troubles psychopathiques des modes de l'expression. Arch. internationales de Neurol. vol. I, 9 série, 33e année, mars, no. 3, p. 137.

151. *Piéron* siehe *Legendre.*

152. *Piéron* siehe *Toulouse.*

153. *Ponzo, M.*, Über einen Apparat zur Bestimmung der beim Lokalisierungen von Hautempfindungen begangenen Fehler und deren Richtungen (Dermolokalimeter). (Mit 1 Figur.) Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. XXII, H. 1, S. 105—108.

154. *Ponzo, M.*, Über einen neuen Zirkel für die Bestimmung der simultanen Raumschwellen der Körperhaut. (Mit 1 Figur im Text.) Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 22, H. 2 u. 3, S. 390 bis 395.



155. *Poppelreuter*, *Walter*, Beiträge zur Raumpsychologie. Ztschr. f. Psychol. Bd. 58, H. 3 u. 4, S. 200—263.

156. *Prandtl*, *Antonin*, Experimente über den Einfluß von gefühlsbetonten Bewußtseinslagen auf Lesezeit und Betonung. Ztschr. f. Psychol. Bd. 60, H. 1 u. 2, S. 26—46.

157. *Radbruch*, *G.*, Die Psychologie der Gefangenschaft. Ztschr. f. d. ges. Strafrechtswissensch. 32, Liszt-Festschrift 1911.

158. *Rakić*, *Wicentije*, Gedanken über Erziehung durch Spiel und Kunst. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. XXI, H 4, S. 521 bis 579.

159. *Ranschburg*, *P.*, Das kranke Gedächtnis. Ergebnisse und Methoden der experimentellen Erforschung der alltäglichen Falschleistungen und der Pathologie des Gedächtnisses. 138 S. Leipzig, J. A. Barth. (S. 18*.)

160. *Rehwoldt*, *Fr.*, Über respiratorische Affektsymptome. Psycholog. Studien (W. Wundt) Bd. VII, H. 3, S. 141. (S. 23*.)

161. *Renauld* siehe *Hildebrand*.

162. *Rieffert*, *J.*, Bericht über den IV. internationalen Kongreß für Philosophie zu Bologna vom 6.—11. April 1911, insbesondere die psychologische Sektion. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. XXI, H. 1—3, S. 464—519.

163. *Rigmano*, *Eugenio*, Von der Aufmerksamkeit. I u. II. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 22, H. 2—3, S. 267—312.

164. *Rohde*, *Max*, Assoziationsvorgänge bei Defektpsychosen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 30, H. 6, S. 519.

165. *Rossolimo*, *G.* (Moskau), Die psychologischen Profile. Zur Methodik der quantitativen Untersuchung der psychischen Vorgänge in normalen und pathologischen Fällen. Sommers Klinik f. psych. u. nerv. Krkh. Bd. 6, H. 3, S. 249. (S. 24*.)

166. *Salow*, *Paul*, Untersuchungen zur uni- und bilateralen Reaktion. I. Entwicklung der Auffassung und Behandlungsweise der Reaktionsversuche. Psychol. Studien (Wundt) Bd. VII, H. 1 u. 2, S. 1—83.

167. *Schanoff*, *B.*, Die Vorgänge des Rechnens. (Ein experimenteller Beitrag zur Psychologie des Rechnens.) Mit 7 Figuren und 9 Tabellen. Pädagog. Monogr. 11. Leipzig, Nemnich. 120 S.

168. *Scheler*, *M.*, Über Selbsttäuschungen. Ztschr. f. Pathopsychol. I.

169. *Schlesinger*, *Abraham*, Die Methode der historisch-völkerpsycho-

logischen Begriffsanalyse. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. XX, H. 2, S. 150—186.

170. *Schneidemühl, G.*, Handschrift und Charakter. 318 S. 10 M. Leipzig, Th. Griebens Verlag, 1911.

171. *Schneider, Stanislaus*, Über Helligkeitsadaption bei kontinuierlichen Erregungen. (Mit 8 Figuren im Text.) Psychol. Studien (Wundt) Bd. VII, H. 3, S. 196—228.

172. *Schneider, Karl Camillo*, Leitende Gedanken der modernen Tierpsychologie. Wien. klin. Rundsch. Nr. 37—38.

174. *Schnidtmann, M.*, Der Einfluß des Alkohols auf den Ablauf der Vorstellungen. Psychol. Arb., herausg. von E. Kräpelin. VI.

175. *Schönberg, A.*, Beziehungen zwischen der Quantität des Reizes und der Qualität der Empfindung. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 45, H. 3 u. 4, S. 197—204.

176. *Schubotz, Friedrich*, Beiträge zur Kenntnis des Sehraumes auf Grund der Erfahrung. (Mit 13 Figuren im Text.) Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. XX, H. 2. S. 101—150.

177. *Selz, Otto*, Willensakt und Temperament. (Eine Erwiderung auf N. Achs Widerlegung.) Ztschr. f. Psychol. Bd. 59, H. 1 u. 2, S. 113—122. (S. 24*.)

178. *Serog, Max*, Das Problem des Wesens und der Entstehung des Gefühlslebens. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 8, H. 2, S. 107.

179. *Siebrand*, Untersuchungen über Kältesinn. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 45, H. 3 u. 4, S. 204—217.

180. *Sikorski*, Les corrélations psychophysiques. Revue philos. no. 8, p. 113.

181. *Sokolowsky, A.*, Verständigungsmittel in der höheren Tierwelt. Med. Klinik Nr. 23, S. 892.

182. *Sommer, R.*, Die psychologischen Untersuchungsmethoden. Referat für die Versammlung des deutschen Psychiater-Vereins in Stuttgart am 21. April 1911. Klin. f. psych. u. nerv. Krkh. Bd. 6, H. 3, S. 205. (S. 17*.)

183. *Sommer, R.*, Untersuchungen eines Gedankenlesers. Klin. f. psych. u. nerv. Krkh. Bd. 6, H. 4, S. 339.

184. *Specht, W.*, Über den Wert der pathologischen Methode in der Psychologie und die Notwendigkeit der Fundierung der



Psychiatrie auf einer Pathopsychologie. Ztschr. f. Pathopsychol. I. Leipzig

185. *Stefanescu-Goanga*, *Florian*, Experimentelle Untersuchungen zur Gefühlsbetonung der Farben. (Mit 1 Figur im Text und 3 Tafeln.) Psychol. Studien (Wundt) Bd. VII H. 4 u. 5, S. 284 bis 336.
186. *Stekel*, *W.* (Wien), Die Sprache des Traumes. 539 S. 12,60 M. Wiesbaden, J. F. Bergmann. (S. 25*.)
187. *Stern*, *V.*, Monistische Ethik. Gesetze der Physik und Ethik, abgeleitet aus den Grundprinzipien der Deszendenztheorie. 246 S. 6,30 M. Leipzig, J. A. Barth.
188. *Stern*, *W.*, Die differentielle Psychologie in ihren methodischen Grundlagen. An Stelle einer zweiten Auflage des Buches: Über Psychologie der individuellen Differenzen (Ideen zu einer differentiellen Psychologie). IX, 503 S. Leipzig. (S. 17*.)
189. *Stern*, *W.*, Fragestellungen, Methoden und Ergebnisse der Intelligenzprüfung. Vortrag. Verhandl. d. 1. Kongr. f. Jugendbildung u. Jugendkunde zu Dresden, Okt. 1911. Arbeiten d. Bundes f. Schulreform. Leipzig, Teubner, 1911.
190. *Sternberg*, *Wilh.*, Der Appetit in der exakten Medizin. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 45, H. 5 u. 6, S. 433—460.
192. *Sternberg*, *Wilh.*, Die Physiologie der Kitzelgefühle. Ztschr. f. Psychol. Bd. 60. H. 1 u. 2, S. 73—109.
193. *Sternberg*, *Wilhelm*, Die physiologische Grundlage des Hungergefühls. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 45, H. 2, S. 71—87.
194. *Stoffels*, *Jos.*, Die Angriffe der Dämonen auf den Einsiedler Antonius. Theologie u. Glaube II. Jahrg., 9.—10. H. Paderborn, Ferd. Schöningh.
195. *Stumpf*, *C.*, Differenztöne und Konsonanz. (Zweiter Artikel.) Ztschr. f. Psychol. Bd. 59, H. 1 u. 2, S. 161—176.
196. *Stumpf*, *Pleikart*, Über die Abhängigkeit der visuellen Bewegungsempfindungen und ihres negativen Nachbildes von den Reizvorgängen auf der Netzhaut. Ztschr. f. Psychol. Bd. 59, H. 5 u. 6, S. 321—331.
197. *Stumpf*, *C.*, Konsonanz und Konkordanz. Ztschr. f. Psychol. Bd. 58, H. 5 u. 6, S. 321—356.



198. *Swoboda, H.*, Otto Weiningers Tod. Wien und Leipzig, Franz Deuticke.

199. *Titchener, E. B.*, A note of the Consciousness of Self. Americ. Journ. of Psychol. vol. XXII, p. 540—553.

200. *Trendelenburg, W.*, Berichtigung zu der Arbeit von Marx und Trendelenburg über die Genauigkeit der Einstellung des Auges beim Fixieren. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 45, H. 5 u. 6, S. 460.

201. *Trendelenburg* siehe *Marx.*

202. *Toulouse* et *Piéron, H.*, Technique de psychologie expérimentale. Paris, Doin.

203. *Trömner, E.* (Hamburg), Vorgänge beim Einschlafen. (Hypnagoge Phänomene.) Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 17, S. 37.

204. *Turro, R.*, Ursprünge der Erkenntnis. (I. Die physiologische Psychologie des Hungers.) Leipzig, Barth,. 236 S.

205. *Turro, R.*, dasselbe, Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 45, H. 3 u. 4, S. 217—306 und H. 5 u. 6, S. 327—433.

206. *Urban* siehe *Willis.*

207. *Urban, F. M.*, A Reply to Professor Safford. Americ. Journ. of Psychol. Bd. XXII, H. 2, S. 298—319.

208. *Vries Schaub, Alma de*, On the Intensity of Images. Americ. Journ. of Psychol. Bd. XXII, H. 3, S. 340—369.

209. *Washburn* siehe *Crawford.*

210. *Washburn* siehe *Clark.*

212. *Weber, Ernst*, Bemerkung zu der Abhandlung „Die körperlichen Begleiterscheinungen seelischer Vorgänge". Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. XXI, H. 4, S. 579—581.

213. *Weiß, Otto*, Die zeitliche Dauer der Augenbewegungen und der synergischen Lidbewegungen. (Mit 1 Tafel.) Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 45, H. 5 u. 6, S. 313—327.

214. *Wells, F. L.*, and *Forbes, A.*, On certain electrical processes in the human body and their relation to emotional reactions. Arch. of psychol. 1911 no. 16 (edited by R. S. Woodworth, New York, the science press). (S. 23*.)

215. *Wells, F. L.*, Practice effects in free association. Americ. journ. of psychol. 1911 vol. 22, p. 1—13.

216. *Wells, F. L.*, Review of Kent's and Rosanoff's a study of asso-



ciation in insanity. Journ. of philos., psychol. and scientific methods vol. VII, no. 25.

217. *Wells, F. L.*, Some properties of the free association time. Psychol. Review 1911 no. 1.

218. *Westphal, Ernst*, Über Haupt- und Nebenaufgaben bei Reaktionsversuchen. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. XXI, H. 1—3, S. 219—435. (S. 24*.)

219. *Williams, T. A.*, Physiological measures in the therapeutics of nervous disease. The american journal of physiologic therapeutics 1911, p. 264—271.

220. *Willis, C. A.*, und *Urban, F. M.*, Ein Beitrag zur Kenntnis der psychometrischen Funktionen im Gebiete der Gewichtsempfindungen. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. XXII, H. 1, S. 40—47.

221. *Wittels, Fr.*, Tragische Motive. Das Unbewußte von Held und Heldin. 165 S. Berlin, Egon Fleischel & Co.

222. *Wundt, W.*, Hypnotismus und Suggestion. II. Aufl. 69 S. Leipzig, W. Engelmann. (S. 17*.)

223. *Wundt, W.*, Vorlesungen über die Menschen- und Tierseele. V. Aufl. 558 S. Hamburg u. Leipzig, Leopold Voss. (S. 16*.)

224. *Wundt, W.*, Grundzüge der physiologischen Psychologie. Sechste umgearb. Aufl. Bd. III. Mit 71 Figuren im Text und Sach- und Namenregister (XI, 810 S.). Leipzig, Engelmann. (S. 16*.)

225. *Wundt, W.*, Einführung in die Psychologie. VIII, 129 S. Leipzig, Voigtländer. (S. 16*.)

226. *Wundt, W.*, Kleine Schriften. Bd. 2, VII u. 496 S. Leipzig, Engelmann. (S. 17*.)

227. *Wundt, W.* Grundriß der Psychologie. 10. verb. Aufl. mit 23 Textfiguren (XVI u. 414 S.). Leipzig Engelmann. (S. 16*.)

228. *Ziehen, Th.* (Berlin), Leitfaden der physiologischen Psychologie in 15 Vorlesungen. 9., teilweise umgearbeitete Aufl. 313 S. Jena, G. Fischer, 1911. (S. 17*.)

Eine Reihe nennenswerter zusammenfassender Darstellungen liegen wiederum vor. *Wundt* hat eine kleine Einführung in die Psychologie neu geschrieben (225). Von seinen früheren bekannten Werken liegen der 3. Band der „Grundzüge" (224), der „Grundriß der Psychologie" (227), die „Vorlesungen über Menschen und Tierseele" (223) in neuen Auflagen vor, alles durchgesehen, entsprechend vermehrt



bzw. umgearbeitet. Auch von den „Kleinen Schriften", einer Sammlung früher verstreut erschienener, zum Teil auch neuer Aufsätze, ist der 2. Band herausgekommen (226); er enthält die Aufsätze: Über psychische Kausalität; Die Definition der Psychologie; Über psychologische Methoden; zur Lehre von den Gemütsbewegungen; Hypnotismus und Suggestion; letzterer ist auch als Sonderdruck erschienen (222). In neuen erweiterten Auflagen erschienen sind auch die bekannten Bücher von *Ziehen* (228) und *Mach* (123).

Ein ganz neues Buch — gegenüber seiner ersten Auflage — ist *Sterns* Differentielle Psychologie (188) geworden, es enthält umfassende und gehaltreiche Ausführungen in drei Hauptteilen über die „Feststellungsmethoden", „Variationen und Korrelationen" und „die Erforschung der Individualitäten"; eine sehr ausgedehnte Bibliographie ist angefügt. — Eine Geschichte der Psychologie haben *Dessoir* (33) und *Klemm* (104) in mäßigem Umfang geliefert.

Über psychologische Methoden im allgemeinen handelt eine Arbeit von *Anschütz* (8); eine Übersicht über die Methodik für die Zwecke der Psychiatrie gibt *Sommer* (182).

Aus dem Gebiete der Sinnespsychologie können die Arbeiten von *Jaensch* (93), *Katz* (99), *Köhler* (106) trotz ihres Interesses für die Pathologie hier nur genannt werden, wie dieser Bericht überhaupt gezwungen ist, sehr aphoristisch und zum Teil willkürlich zu verfahren. Etwas eingehender sei über eine Arbeit von *Pauli* (145) berichtet — besonders auch wegen ihrer Beziehungen zum Problem der Aufmerksamkeitswanderung. Ausgangspunkt der Untersuchung war eine Beobachtung *Machs*, daß von zwei gleich großen roten Quadraten das direkt gesehene rot, das indirekt gesehene grün erscheint. und zwar oft sehr intensiv. *Mach* suchte das Phänomen durch die Wanderung der Aufmerksamkeit zu erklären; die verspätete Aufmerksamkeit findet das indirekt gesehene Quadrat schon im Stadium des negativen Nachbildes vor. *P.* kommt auf Grund eigener, in besonderer Anordnung angestellter Versuche, zu folgenden Ergebnissen, die die verschiedenen Seiten des Problems anlangen:

Die Schwellen (die 50% richtige und 50% falsche Beobachtungen angebenden) für die Auffassung des zeitlichen Verhältnisses zweier kurzdauernder, optischer Reize, die beide indirekt gesehen werden, liegen unter 0,1 Sek.; die Endschwellen (die durch das letzte falsche Urteil gebildeten) zwischen 0,1 und 0,2 Sek.

Der Einfluß des relativen Abstandes der Reize ist dabei weder eindeutig und unabhängig von der Person des Beobachters, noch sehr wesentlich. Nur ganz allgemein kann man behaupten, daß ein kleiner Gesichtswinkel die Beobachtung eher erleichtert, ein großer dieselbe eher erschwert.

Der konstante Fehler ist von der monokularen Beobachtung in der Weise abhängig, daß der Eindruck bevorzugt ist, der auf seiten des beobachtenden Auges liegt.

Fixation eines Reizes bewirkt eine erhebliche Verschiebung der Schwellen zugunsten desselben und zuungunsten des peripher gesehenen.

Die Konzentration der Aufmerksamkeit auf einen Reiz hat keine Zeittäuschung zur Folge.





Bei Fixation eines Reizes wachsen die Fehler mit dem Gesichtswinkel.

Die durch ausschließliche Beachtung eines bestimmten zeitlichen Verhältnisses hervorgerufene Zeittäuschung beträgt $^1/_{20}$—$^1/_{10}$ Sek.

Ihre Größe hängt unter anderm ab von dem Gesichtswinkel sowie den Intensitäts- und Größenverhältnissen der Reize; auch die Lage der Reize im Sehfeld ist nicht ohne Einfluß.

Trennung von Fixationspunkt und Aufmerksamkeit bewirkt einen nur unwesentlichen Rückgang der Täuschung.

Die Zeittäuschung kann nicht durch Aufmerksamkeitswanderung im Sinne von *Mach* und *Bethe* erklärt werden und beruht nicht auf einer Veränderung der Empfindungen.

Dagegen läßt sie sich aus dem Verhalten der Funktionen erklären, die sich auf die Empfindungen richten, nämlich der Aufmerksamkeit und Zeitauffassung.

Zur Bestimmung der Geschwindigkeit der Aufmerksamkeitswanderung diente eine besondere, von *Külpe* angegebene Methode.

Die Werte, die man auf diese Weise findet, hängen von der Person des Beobachters und der Richtung der Wanderung ab: je nachdem betragen sie 80—170 σ. Dagegen sind sie unabhängig von der Größe des Gesichtswinkels.

Aus der Möglichkeit von Augenbewegungen läßt sich kein Einwand gegen die Methode ableiten.

Die Erklärung des *Mach*schen Phänomens durch die Aufmerksamkeitstheorie ist hinfällig.

Dasselbe verläuft in drei Phasen, die bei rotem Licht sind: rot — weiß — grün.

Seine Bedingungen sind: Ausschaltung von Kontrasteinflüssen, eine gewisse, nicht zu kurze Reizdauer und indirektes Sehen.

Das *Mach*sche Phänomen ist wahrscheinlich als ein Ausdruck für die besonderen Verhältnisse des Farbensehens anzusehen, die in der Netzhautperipherie herrschen.

Die Erscheinung läßt sich sowohl nach der Dreikomponententheorie als auch nach der Theorie von *Hering* verständlich machen.

Zur Psychologie des Gedächtnisses liegt der erste Teil umfassender und wichtiger Untersuchungen vor in dem Buch von *G. E. Müller* (140), das hier auch nur erwähnt werden kann. Eine schöne und sehr brauchbare Übersicht über pathologische Verhältnisse gibt *Ranschburg* (159); von für die Psychiatrie bemerkenswerten Arbeiten mit dem Assoziationsversuch sei die von *Levy-Suhl* (115) und *Ley-Menzerath* (117) genannt.

Über das wichtige Problem der Bedeutung von Gefühlsvorgängen für die Erinnerung hat *Peters* (147) Untersuchungen angestellt. Er suchte über diese Beziehungen Klarheit zu gewinnen, indem er den Assoziationsversuch für diesen speziellen Untersuchungszweck modifizierte. *P.* stellte seinen Vp. die Aufgabe, auf Reizworte immer nur mit einer persönlichen Erinnerung zu reagieren. Durch genaueres Befragen suchte er dann die Gefühlsbetonung des Erlebnisses, das erinnert wird, festzustellen und mit der Gefühlsbetonung der Erinnerung selbst zu



vergleichen, ferner die Beziehungen zwischen der Gefühlsbetonung, dem Alter und der Häufigkeit der Erinnerung zu untersuchen. Die Reaktionszeit wurde mit der Fünftelsekundenuhr gemessen. Auf der Grundlage dieses Versuchsmaterials suchte *P.* die Frage nach dem Einfluß des Gefühls auf die Erinnerbarkeit von Erlebnissen zu erörtern. Was nun den Gefühlston der Erlebnisse und Erinnerungen anlangt, so stellte *P.* fest, daß der größte Teil der erinnerten Erlebnisse beim Erleben gefühlsbetont war. Von den gefühlsbetonten Erlebnissen waren $^2/_3$ lustbetont. Die lustbetonten Erlebnisse bilden etwa die Hälfte aller erinnerten Erlebnisse; die unlustbetonten Erlebnisse sind zahlreicher als die indifferenten. Die häufigsten Erlebnisse waren zugleich alte Erlebnisse, und zog man die Gefühlsbetonung in Betracht, so zeigte sich, daß die älteren Erlebnisse mehr Lustbetonung, weniger Unlustbetonung und weniger Indifferenz aufweisen als die jungen Erlebnisse. Suchte man dagegen festzustellen, ob das einzelne Erlebnis vor dem Erinnertwerden im Versuch häufig oder selten erinnert wurde, und zieht zugleich seine Qualität in Betracht, so zeigt sich nach *P.*, daß die Unlusterlebnisse am zahlreichsten unter den häufig erinnerten Erlebnissen sind und hier an Zahl die Lust- und Indifferenzerlebnisse übertreffen. Diese Tatsache, daß die unlustbetonten Erlebnisse, während sie im allgemeinen in der Erinnerung weniger begünstigt sind als die lustbetonten, wenn sie einmal erinnert wurden, sich als „häufig" erinnerte erwiesen, führt *P.* auf die persönliche Bedeutung, die das Erlebnis für den Erlebenden besitzt, zurück. Wichtig sind die Ausführungen, die *P.* über die Erinnerung unlustbetonter Erlebnisse macht. Während sich nach seiner Ansicht der gefundene Unterschied in der Erinnerbarkeit gefühlsbetonter und indifferenter Erlebnisse erklären läßt aus der verschiedenen persönlichen Bedeutung dieser Erlebnisse, reicht diese Erklärung nicht aus, um den Unterschied in der Erinnerung lust- und unlustbetonter Erlebnisse verständlich zu machen. Er glaubt vielmehr, daß seine Versuche zeigen, daß die unlustbetonten Erlebnisse von geringerer Bedeutung weniger Chancen haben erinnert zu werden, als die lustbetonten Erlebnisse von der gleichen Bedeutung. Ferner konnte *P.*, wenn er den Gefühlston des Erlebnisses während des Erlebens mit dem Gefühlston verglich, den die Erinnerung daran hatte, zeigen, daß die lustbetonten Erlebnisse etwas häufiger konstanten Gefühlston haben als die unlustbetonten Erlebnisse, und daß bei den unlustbetonten Erlebnissen häufiger eine Verschiebung des Gefühlstons eintritt, ferner, daß unlustbetonte Erlebnisse häufiger beim Erinnern indifferent sind, als lustbetonte. Weiterhin konnte *P.* zeigen, daß die Reaktionszeit der unlustbetonten Erlebnisse größer ist als die der indifferenten und lustbetonten, ferner bei Reproduktionsversuchen im Sinne *Jungs*, daß die unlustbetonten Erlebnisse am seltensten richtig reproduziert werden. *P.* schließt deshalb auf eine allgemeinbestehende Tendenz zur Unlustverminderung in der Erinnerung. Von den unlustbetonten Erlebnissen wendet sich die Aufmerksamkeit ab, sie werden unterdrückt, stehen darum



in der Wiederholungszahl (im Sinne der Gedächtnispsychologie) und damit in der Chance, neuerlich erinnert zu werden, zurück hinter den Erinnerungen an lustbetonte oder indifferente Erlebnisse.

Gilt das eben Mitgeteilte von Erinnerungen bzw. Erlebnissen mittlerer Bedeutung, so haben jene zusammengesetzten Erlebnisse, die man mit *Jung* als Komplexe bezeichnet, nach *P.* besondere Gesetzmäßigkeiten. Unter ihnen sind weniger lustbetonte und mehr unlustbetonte, als unter den Erlebnissen, die außerhalb der Komplexe waren. Ein stärkeres Hervortreten der Unlust zeigt sich auch, wenn man die Gefühlsbetonung der zu Komplexen gehörigen Erinnerungen im Erinnern betrachtet. Zweifellos erhalten nach *P.* die Komplexerlebnisse in weit höherem Maße ihren Gefühlston konstant, als die Erlebnisse außerhalb der Komplexe. Besonders Komplexe, welche den Charakter des „Unabgeschlossenseins" hatten, zeigten dies abweichende Verhalten gegenüber den nicht zu Komplexen gehörenden Erlebnissen.

Endlich fand *P.* bei seinen Vp. charakteristische persönliche Typen. Er unterscheidet zwei Gruppen seiner Vp., die erste dieser ist ausgezeichnet durch die große Zahl der unlustbetonten Erinnerungen. Bei einer Reihe von Vp. waren die erinnerten unlustbetonten für Erlebnisse besonders zahlreich. Deutlicher wird dieser Unterschied zwischen den Typen, wenn man den Gefühlston der Erinnerungen in Betracht zieht. Es zeigt sich, daß die Vp., die mehr unlustbetonte Erlebnisse erinnern, auch in der Erinnerung mehr den Gefühlston der Unlust haben, und weniger Verschiebungen des Gefühlstons der Unlusterlebnisse aufweisen. Ferner trat hervor, daß die Personen vom ersten Typus durchweg mehr Komplexerlebnisse erinnerten, als die Vp. der zweiten Gruppe. Auch beim Erinnern der Erlebnisse außerhalb der Komplexe haben alle Vp. der ersten Gruppe mehr Unlustbetonung als die Vp. der zweiten Gruppe.

Den letzten Grund dieser Typenunterschiede sieht *P.* in einer Disposition unlustbetonte Erlebnisse häufiger zu erinnern und Erlebnisse in einer Weise zu erleben und zu erinnern welche die Bildung von Komplexen begünstigt. Auch alltägliche Erlebnisse werden offenbar von diesem Typus mehr mit dem Gefühl des Unbefriedigtseins, der Unabgeschlossenheit erlebt. Offenbar ist bei diesen Personen (drei von den vier Vp. dieses Typus hatten übrigens leichte abnorme Verstimmungszustände gehabt) die Tendenz zur Unlustverminderung nur von geringer Stärke.

Ref. selbst hat zu der Frage der Beziehungen von Gefühl und Erinnerung unter Berücksichtigung der vorliegenden Daten und der Abwägung der vorgetragenen Lehren besonders der der Schule *Freuds* in einer kritischen Übersicht Stellung genommen (90).

Mit den Tatsachen und Grundlagen des Wiedererkennens beschäftigt sich eine Arbeit von *Meumann* (133). Dieser stellte Versuche an mit Hilfe der Methode des fraktionierten Lernens. Hierbei war die Möglichkeit gegeben, die einzelnen Stadien des Wiedererkennens und den Charakter unbekannter Eindrücke zu beobachten. Die Vpn. hatten Reihen sinnloser Silben zu lesen. Es wurde dann nach



jeder Lesung festgestellt, welche Silben die Vpn. wieder erkannten und zwar ob sicher oder vermutungsweise. Zur Kontrolle wurden zwischendurch auch neue Silben in unregelmäßiger Reihenfolge dargeboten. Von der 2. bis 3. Lesung ab wurden niemals neue Silben als gelesen oder bekannt bezeichnet. Unbestimmt wiedererkannte und unbekannte neue Silben erhalten gewissermaßen einen psychischen Index, der bei den gelesenen Silben bisweilen versagt, bei den neuen unbedingt sicher ist. Sobald die gelesenen Silben ein gewisses Maß von Bekanntheit haben, heben sich die neuen wie durch ein unmittelbares Gefühl ihrer Neuheit ab. Nach der Beschreibung der subjektiven Erlebnisse tritt bei der Unbekanntheit eine Empfindung des Stockens und Stutzens, eine Hemmung des Vorstellungsablaufs, ein Bewußtsein innerer Leere, ein Ausbleiben der gewohnten Vorstellungsreproduktion, ein Gefühl der Unlust ein. Bei Bekanntheit ist von diesen Merkmalen keine Spur vorhanden. Die ersten Symptome der Bekanntheit bestehen im Wiedererkennen, welches den Charakter der reinen Vermutung trägt. Die Bekanntheitsschwelle wird allmählich erreicht, wenn die inneren Kennzeichen so stark werden, daß sie zum Bewußtsein kommen. Diese Kennzeichen sind: leichterer Ablauf der psychischen Prozesse, charakteristische Gefühle und Organempfindungen (Entspannung, leichte Lustgefühle). Wichtig für die Unterscheidung zwischen Bekannt und Unbekannt ist das verschiedene Verhalten der Aufmerksamkeit, die durch Unbekanntes sehr gefesselt wird, bei Bekanntem leichter von einem zum anderen schreitet. Ferner ist bedeutungsvoll das Ausbleiben der Reproduktion beim Unbekannten; das reguläre Eintreten reproduktiver Vorstellungen, die sich an einen Eindruck knüpfen, bei Bekanntem. Bisweilen scheinen alle Kennzeichen zu fehlen; vielleicht ist die Hypothese berechtigt, daß der faktische Charakter des schon dagewesenen Eindrucks genüge, um die Reproduktion des Urteils „bekannt" usw. herbeizuführen, als Erklärung hierfür wäre eine Art von Bahnung anzunehmen. Wahrscheinlicher jedoch ist, daß schon ein Minimum von dunkel bewußten Kriterien genügt, die Vorstellung des Bekannten auszulösen und daß diese auslösenden Prozesse nicht in an den Inhalt der Vorstellungen anknüpfenden Vorstellungen zu bestehen brauchen, sondern daß Formalgefühle, Organempfindungen und motorische Begleitvorgänge genügen. Am Anfang ist das Kriterium für die Unbekanntheit sicherer; die Silbe scheint als schon dagewesen, aber nicht bekannt; in den meisten Fällen ist die Bekanntheit nicht unmittelbar vorhanden, sondern erschlossen. Das Erkannte hat dann wohl alle Merkmale des Erlebten außer den bestimmten, an den Inhalt der wiedererkannten Vorstellung anknüpfenden reproduktiven Vorstellungen; zugleich fehlen ihm die Merkmale des Unbekannten; nur daß es sich weder vollkommen glatt in das psychisch Geschehene auf der Seite der reproduktiven Vorstellungen einreiht, noch das Stocken wie bei neuen Vorstellungen zeigt, sondern eine Mittelstellung einnimmt, die der Unsicherheit entspricht. Beim unmittelbaren Erkennen tritt das Schwanken des Urteils nicht ein, vielleicht weil die psychischen Indizes des schon Dagewesenen intensiver wirken. Die Indizes des schon Dagewesenen bewirken dabei faktisch das Urteil bekannt, werden aber nicht als Kriterien aufgefaßt. So entsteht der Schein des unmittelbaren Wiedererkennens. Das unmittelbare Wiedererkennen wäre danach ein Bewußtsein

des schon Erlebten, das vermittelt wird ohne inhaltlich bestimmte, an den Inhalt des als schon erlebt bezeichneten Eindrucks anknüpfende reproduzierte Vorstellungen, das vielmehr ausgeht von lauter formalen Kriterien, die sich an die Art des Ablaufs der psychischen Prozesse des schon Erlebten anknüpfen; durch diese Kennzeichen hebt sich das unmittelbar Bekannte scharf ab von dem im Bewußtsein durch besonders deutliche Kennzeichen charakterisierten Unbekannten (Nochnicht-erlebten). Der Sinn unseres Urteils über das unmittelbar Wiedererkannte ist mehr der, dieses als für uns schon dagewesen, schon erlebt zu bezeichnen, als der, es für „bekannt" erklären.

Der auch für die Psychopathologie wichtigen Frage nach den Vorstellungstypen suchte *Feuchtwanger* (52) sowohl mit Hilfe subjektiver Verfahren (Methode der unmittelbaren Selbstwahrnehmung) wie objektiver näher zu treten. Es seien seine Ergebnisse hier angeführt:

Bei Anwendung der Methode der unmittelbaren systematischen Selbstwahrnehmung zur Bestimmung des Vorstellungstypus (direkten Methode) wurden wohl taktil-motorische Empfindungen, nicht aber auch taktil-motorische Vorstellungen gefunden.

Es zeigte sich, daß Wörter einfielen, ohne daß hierbei irgendwelche Vorstellungen oder Empfindungen vorhanden waren (Wortbewußtseinslagen). Es zeigte sich ferner, daß das Bewußtsein des innerlichen Sprechens auftrat ohne gleichzeitige Vorstellungen und Empfindungen (Bewußtseinslage des innerlichen Sprechens).

Bei allen Vpn. traten akustische Vorstellungen seltener auf als Reaktionen des innerlichen Sprechens und seltener als visuelle Vorstellungen.

Die akustischen Vorstellungen waren zum größten Teile Wortvorstellungen, zum geringeren Sachvorstellungen.

Der wortvisuelle Vorstellungstypus trat deutlich beim Anhören vorgesprochener Silben, Wörter und Sätze, beim Anhören und Beantworten von Fragen und beim Assoziieren hervor, nur undeutlich beim lauten und leisen Lesen und beim Abschreiben, überhaupt nicht beim Ansehen von Ornamenten und Bildern.

Beim Abschreiben hatten alle Vpn. mehr sprechmotorische Reaktionen als beim Anhören von Silben, Wörtern und Sätzen. Einen Einfluß der sensorischen Qualität der Reize auf die Reaktion konnte *F.* nicht feststellen.

Beim Anhören sinnloser Silben traten am wenigsten sachvisuelle Vorstellungen auf, beim Anhören von Wörtern mehr, beim Anhören von Sätzen am meisten. Beim Anhören von sinnlosen Silben traten mehr sprechmotorische Reaktionen auf als beim Anhören von sinnvollen Sätzen.

Die besondere Einstellung der Aufmerksamkeit auf taktil-motorische oder auf visuelle Reaktionen ergab keine deutliche Vermehrung der Zahl dieser Reaktionen.

Die visuelle Vp. (A) konnte besser, deutlicher, leichter und schneller visuelle Vorstellungen willkürlich hervorrufen als die akustisch-motorische Vp. (B), diese aber besser, deutlicher, leichter und schneller akustische und taktile Vorstellungen als A. Es besteht eine Übereinstimmung zwischen dem direkt ermittelten Vor-



stellungstypus (Methode der systematischen Selbstwahrnehmung) und dem mit der Methode der Einprägung und Reproduktion indirekt ermittelten Vorstellungstypus.

Das Reproduzieren eingeprägter Zahlen wird bei der akustisch-motorischen Vp. B. durch die akustisch-motorische Ablenkung des Zählens und Rechnens, bei der visuellen Vp. A. durch die visuelle Ablenkung des leisen Lesens stärker geschädigt (modifizierte *Eckhardt*sche Methode).

Die Versuche mit der *Kräpelin*schen Methode zur Bestimmung des Vorstellungstypus (Aufzeichnung während einer bestimmten Zeit der Namen von Sinneseindrücken mit Farben, von Wahrnehmungen im Bereich des Gehörs) ergaben keine gute Übereinstimmung mit den Resultaten der direkten Methode.

Die *Kräpelin*sche Methode kann zur Bestimmung des Vorstellungstypus dadurch modifiziert werden, daß die Vpn. durch die Stellung der Aufgabe veranlaßt werden, auch wirklich die Vorstellungen hervorzurufen, deren Namen sie niederschreiben. Eine solche Modifikation der Methode wurde verwendet zur Untersuchung der sachvisuellen (Form-, Größen- und Farben-) Vorstellungen und zur Untersuchung der wortakustischen Vorstellungen. Die motorische Veranlagung wurde geprüft durch eine Kombination dieser Methode mit der Methode der Störung.

Die (aus der *Kräpelin*schen Methode entstandene) neue indirekte Methode zur Bestimmung des Vorstellungstypus zeigt dieselben Unterschiede der Vpn. in bezug auf die Zahlen der wortakustischen, sprechmotorischen und sachvisuellen Reaktionen wie die direkte Methode.

Im Gebiet der Erforschung der Affektäußerungen liegen neue pneumographische und Pulsuntersuchungen aus dem *Wundt*schen Institut vor [*Drozynski* (41), *Rehwoldt* (160)], welche den Wert dieser Ausdrucksmethoden weiter dartun und die *Wundt*sche Lehre von den Gefühlen stützen sollen.

Viel Interesse findet noch bei den Psychiatern die Untersuchung von Gefühlsvorgängen mit Hilfe des Galvanometers. *Moravczik* (126) hat bei solchen Studien im wesentlichen die Befunde *Veraguths* und anderer bestätigen und interessante Details (z. B. bei Versuchen in der Hypnose) bringen können.

Sehr besonnen und sorgfältig sind die Untersuchungen von *Wells* und *Forbes* (214). Ihre Versuche suchen zunächst in sehr sorgfältiger Weise (unpolarisierbare Elektroden, Widerstandsmessungen) die physikalischen und physiologischen Tatbestände festzustellen. Sie kommen in Rücksicht dieser, wie schon andere vor ihnen, zum Schlusse, daß sowohl Schwankungen der elektromotorischen Kraft wie des Widerstandes bei den in Rede stehenden Phänomenen wirksam werden. Als Ursache sehen sie vor allem Tätigkeit und Sekrete der Schweißdrüsen an. Nach der Art der Schwankungen glauben sie die durch die Änderungen der elektromotorischen Kraft von den durch Widerstandsschwankungen bedingten einigermaßen auseinander halten zu können. Ein zweiter Abschnitt der Arbeit beschäftigt sich mit den Fehlerquellen und der Bedeutung der Einführung einer körperfremden Stromquelle. In dem dritten Kapitel wird die Bedeutung der Galvanometerablenkung als Test für Gefühlsprozesse im Assoziationsexperiment dargetan und ihre Über-



legenheit über die Zeitmessung betont; ein Anhang endlich berichtet über einige Untersuchungen an Kranken.

Über die Frage der Spuren interessebetonter Erlebnisse (Komplexforschung) orientiert in geschickter Weise die Schrift *Lipmanns* (119). Aus dem Gebiet der Willenspsychologie sei eine Diskussion von *Ach* und *Selz* (177, 3, 4) und eine Arbeit von *Westphal* (218) genannt.

Über Intelligenzprüfungen im Anschluß an die Methode *Binets* berichtet *Bobertag* (19); die Herstellung allgemeiner psychologischer Profile durch Tests für die verschiedenen Gebiete des Seelenlebens erstrebt *Rossolimo* (165), auch dieser, wie andere vor ihm, gehemmt durch eine bislang anscheinend unvermeidliche Willkür der Verrechnung.

Von der psychophysiologischen Bedeutung der atmosphärischen Verhältnisse handelt eine sorgfältige Arbeit von *Gaedeken* (62). Er bringt sehr eingehende Unteruschungen, die den Weg vergleichender statistischer Feststellung bestimmter Verhältnisse unter den Bedingungen verschiedener Zonen, Milieus und Rassen wählt, um über die einzelnen zusammenwirkenden Ursachen Klarheit zu gewinnen. Besonders untersucht sind nach dieser Richtung die Häufigkeitskurven von Selbstmord, Kriminalität bestimmter Art und Konzeptionen. Indem das Erscheinen einer bestimmten Tatsache, z. B. Zunahme der Selbstmorde und der Konzeptionen im Frühjahr in sehr verschiedenen Milieus und Zonen in gleicher Weise konstatiert wird, sucht Verfasser die Bedeutung der einzelnen Faktoren — soziale, klimatische, und unter diesen wieder z. B. Wärme, Licht, Luftdruck usw. — herauszuheben. Als Hauptergebnis solcher Erwägungen meint *Gaedeken* feststellen zu können, daß das Frühjahr in den europäischen Ländern auf das sexuelle Leben einen Einfluß hat, der durch den Einfluß sozialer Faktoren modifiziert wird, sich aber aus diesen allein nicht erklären läßt; in den südeuropäischen Ländern scheint der Einfluß des Frühjahrs am stärksten zu sein, und es ist charakteristisch für Serbien, daß das Maximum der Konzeptionen wie das der Selbstmordfälle hier in den Anfang des Sommers fällt, wohingegen Mord und Totschlag in der Herbstzeit am häufigsten sind, wo die Festtage der Südslaven ein besonders zügelloses Gepräge haben.

Daß dieser Einfluß des Frühjahrs auf das Seelenleben nicht etwa einer ererbten Periodizität oder irgendeiner „Tradition" zuzuschreiben ist, beweist *G.* aus der Tatsache, daß bei Bewohnern der südlichen Erdhalbkugel (auch Kolonisten) die entsprechenden Frühjahrs- und Sommermonate das Steigen der betreffenden Zahlen aufweisen. Aus mannigfachen Überlegungen und Nachweisen glaubt *G.* ableiten zu können, daß vor allem die chemische Wirksamkeit der gesteigerten Lichtintensität Ursache der erörterten Erscheinungen ist. Auf zahlreiche interessante Einzelheiten der inhaltreichen Arbeit kann hier nicht eingegangen werden.

Einen Überblick über das Gesamtgebiet der geopsychischen Tatsachen gibt wohl zum erstenmal das Buch von *Hellpach* (79). Der schwierige Stoff wird in umfassender, gefälliger und kritischer Weise bewältigt; der letzte Teil über Landschaft und Seelenleben enthält besonders Eigenarbeit des Autors.

Wichtige Tatsachen — schon in einem Grenzgebiet nach der Pathologie hin — bringt die schöne Arbeit von *Hacker* über den Traum (75). Gegenüber den Phan-



tasien, in denen Adepten *Freuds* jetzt auf diesem Gebiet schwelgen (186), finden wir hier ruhige und kritische Beobachtungen. Ich gebe die Ergebnisse *H.*s im wesentlichen nach seiner eigenen Zusammenfassung wieder. Danach ist das Seelenleben im Traum etwa in folgenden Zügen verändert:

Wegen des Zurücktretens aller psychischen Funktionen vermag die ganze noch vorhandene psychophysische Energie den Vorstellungen zugute zu kommen. Die Vorstellungen werden nach außen projiziert, und da sie in ein räumliches Sehfeld eingeordnet werden und auch nicht in einer vom Willen abhängigen Weise auftreten, werden sie realisiert und erscheinen als Wahrnehmungen, wovon diejenigen Vorstellungen, die auch dem Träumenden als Vorstellungen erscheinen, zu unterscheiden sind. Die Lebhaftigkeit der Vorstellungen nimmt mit der abnehmenden Schlaftiefe zu.

Während im wachen Leben schon in der Wahrnehmung die Bedeutung von Empfindungen bzw. Vorstellungen enthalten ist, tritt im Traum eine Dissoziation von Vorstellungen und Gedanken (im Sinne *Külpes* und *Bühlers*) ein, die dazu führt, daß die Vorstellungen entweder auftreten, ohne von der Bewußtheit einer Bedeutung begleitet zu sein, oder aber häufig mit einer Bedeutung, die ihnen nach den Erfahrungen des wachen Lebens nicht zukommt. Auch die Beziehungen zwischen den einzelnen Traumvorstellungen untereinander oder auf das träumende Subjekt treten namentlich im tieferen Schlaf fast völlig zurück.

Diese Erscheinung macht sich besonders geltend bei der Sprache im Traum, wo oft die Wortvorstellungen nicht als die Träger der ihnen zukommenden Bedeutung auftreten. Das begriffliche Denken tritt hinter dem Denken in der Anschauung zurück, Objektsurteile sind häufiger als Begriffsurteile, doch sind alle logischen Funktionen überhaupt erst im weniger tiefem Schlaf wieder in Tätigkeit. Der Vorstellungsablauf ist wegen des Mangels eines geordneten Denkens, wegen des Fehlens der determinierenden Tendenzen und der großen Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit als ideenflüchtig zu bezeichnen; in der Regel tritt eine Vorstellung besonders hervor und ordnet sich durch die Wirkung der Konstellation andere Vorstellungen unter. An ein solches Bild reiht sich assoziativ, aber meist ohne jeden kontinuierlichen Übergang, ein neues. Doch haben namentlich in dem leichten Schlaf vor dem Erwachen neue, rasch auftauchende Empfindungen bzw. Vorstellungen eine rückwirkende Kraft, der zufolge sie das vorausgehende Bild im Sinne des folgenden verändern, so daß scheinbar ganz lange Zusammenhänge sich abwickeln können.

Hierzu muß Referent bemerken, daß nicht in genügendem Maße zwischen der Verknüpfung von Vorstellungs- bzw. Gedankenabläufen, die dem Träumenden als solche erscheinen, und der Verknüpfung der Traumerlebnisse, welche allerdings letzten Endes auch „Vorstellungen" sind, unterschieden wurde. Diese letzteren sind aber nur in bedingtem Maße für die Theorie zu verwerten. Auch bezüglich der ersteren wären manche wichtige Unterschiede gegenüber der Ideenflucht, wenigstens der manischen, hervorzuheben gewesen.



Das Selbstbewußtsein tritt im tiefen Schlaf sehr zurück. Obwohl das Ich als empirisches Zentrum gewöhnlich der Mittelpunkt der Handlungen ist, sind doch alle Formen von doppelter Persönlichkeit usw. möglich, da die Bewußtheit der Beziehungen auf das Ich fehlt.

Willensregungen kommen namentlich am Morgen öfters und in verschiedenen Formen vor, doch fehlt ein eigentlicher Willensakt dem Traum völlig, ebenso wie wirkliche Willenshandlungen, da die Vorstellung von Bewegungen den Willensimpuls ersetzt.

Die von verschiedenen Autoren beschriebene Unabhängigkeit der Gefühle von den Vorstellungen ist oft zu beobachten. Die Gefühle scheinen nur durch den Gefühlston namentlich der Organ- und Temperaturempfindungen bedingt zu sein. Im tiefen Schlaf treten gewöhnlich die Gefühle gänzlich zurück. Gefühlsbetonte Vorstellungen haben im Traum keine größere Ideationstendenz als andere Vorstellungen. Funktions- und Determinationsgefühle kommen nur im Morgenschlafe und auch hier nur recht selten vor.

Reize werden infolge der geringen Aufmerksamkeit nicht identifiziert, und wegen des Mangels einer Einstellung tritt nicht der ganze ihnen zukommende Vorstellungskomplex ins Bewußtsein. Im tieferen Schlaf haben die Reize eine viel geringere Wirkung auf den Traumverlauf als im leichten. Die Träume im tiefen Schlaf bestehen fast ausschließlich aus optischen Vorstellungen. Die Dauer einzelner Träume kann 10 Minuten betragen, wohl auch mehr, viel häufiger aber mag sie kürzer sein. Dem Erwachen zur gewohnten Zeit geht wahrscheinlich immer eine längere Reihe von Träumen voraus.

Während im tiefen Schlaf Vorstellungen von weiter zurück liegenden Erlebnissen stark überwiegen, kommen beim oberflächlichen Schlaf vor dem Erwachen zur gewohnten Zeit die mit der Tagesbeschäftigung zusammenhängenden Träume mehr zur Geltung, während die Frühträume ein Übergewicht von Erlebnissen des Traumtages enthalten. Die Anschauung *Freuds*, daß jeder Traum eine Wunscherfüllung sei, ist namentlich für die Träume des tieferen Schlafs empirisch nicht als richtig zu erweisen.

In das Gebiet der pathologischen Psychologie hinein führt eine geistvolle Arbeit von *Pick* (149) über Störungen des Realitätsurteils, die im Rahmen dieses Berichts nur genannt werden kann.

---

2. Gerichtliche Psychopathologie.

Ref. Karl Wendenburg-Osnabrück.

I. Allgemeine gerichtliche Psychiatrie.

1. *Aschaffenburg, G.*, Sachverständigenerlebnisse. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 8, H. 4, S. 245 ff.



2. *Beschoren* (Neuwedell), Freie Willensbestimmung und Rechtspflege. Med. Klinik Nr. 51, S. 2002.

3. *Dubuisson*, *P.*, et *Vigouroux*, *A.*, Responsibilité pénale et folie. 484 p., 7,50 fr. Paris, Alcan. (S. 32*.)

4. *Glaser*, *M. H.*, Die forensische Bedeutung der leichteren Formen des zirkulären Irreseins. Inaug.-Diss. Straßburg. (S. 32*.)

5. *Heilbronner*, *K.* (Utrecht), Die forense Diagnose der Epilepsie. Münch. med. Wschr. Nr. 9, S. 441. (S. 31*.)

6. *Hughes*, *C. H.* (St. Louis), Imbecility and the insanity of imbecility or dementia praecox before the law. The alienist and neurol. vol. 32, no. 1, p. 66.

7. *Kinberg*, *Olof*, Über die Unzulänglichkeit aller Versuche, einen Begriff der Zurechnungsfähigkeit festzustellen. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 8, H. 6 u. 7, S. 390 ff.

8. *Kolisko*, *A.* (Wien), Beiträge zur gerichtlichen Medizin. Bd. 1, 384 S. 15 M. Leipzig u. Wien, Franz Deuticke. (S. 30*.)

9. *Ledermann*, *R.*, Die Serumreaktion bei Syphilis in der forensischen Praxis. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 17, S. 178.

10. *Lentz*, *F.*, L'expertise contradictoire et l'organisation de la médecine légale. Extrait du Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, séance du 27. V.

11. *Lochte*, *Wollenberg* und *Kohlrausch*, Referat über den Vorentwurf des Deutschen Strafgesetzbuches. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. Flg., Bd. 41, II. Suppl.-H. (S. 31*.)

12. *Lochte*, *Th.* (Göttingen), Ärztliche Atteste. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 2. (S. 31*.)

13. *Mac Donald*, *A.* (Washington), A plan for the study of man.

14. *Möller* (Saarbrücken), Geistige Störungen nach Schlaganfällen und ihre gerichtsärztliche Bedeutung. Vjhrsschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. Bd. 42, H. 2, S. 290. (S. 33*.)

15. *Pitsch*, Wiederaufnahme eines Strafprozesses wegen Geisteskrankheit des Richters. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 8, H. 4, S. 242 ff.

16. *Placzek*, Aus der forensisch-psychiatrischen Tagesgeschichte. Med. Klinik 1912 Nr. 1 u. 2. (S. 29*.)

17. *Placzek*, *S.* (Berlin), Die Wassermannsche Probe als Hilfsmittel



der forensisch-psychiatrischen Beurteilung; Schwachsinn; sexuelle Delikte. Med. Klinik Nr. 17, S. 656.

18. *Raecke*, Zur psychiatrischen Beurteilung sexueller Delikte. Arch. f. Psych. Bd. 49, H. 1. (S. 32*.)
19. *Rittershaus*, *E.*, Die „Spuren interessebetonter Erlebnisse" und die „Komplexforschung". Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Sonderabdruck aus Bd. VIII, H. 3, S. 273 ff. (S. 32*.)
20. *Rixen*, *P.* (Breslau), Sachverständiger Zeuge oder Sachverständiger. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 8, H. 5, S. 305.
21. *Schultze*, *Ernst*, Die ungerechtfertigten Einweisungen in die Irrenanstalten und ungerechtfertigte Entmündigungen. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 8, H. 6 u. 7, S. 420 ff. (S. 29*.)
22. *Sello*, Irrtümer der Strafjustiz und ärztliche Sachverständige. Berlin 1911, R. v. Deckers Verlag. G. Schenck, Hofbuchhändler. (S. 29*.)
23. *Simons*, *R.*, L'école positive et ses adversaires. Arch. d'anthropol. crimin. p. 81.
24. *Straßmann*, *F.* (Berlin), Medizin und Strafrecht. (Ein Handbuch für Juristen, Laienrichter und Ärzte.) Berlin 1911, Dr. P. Langenscheidt. (S. 30*.)
25. *Vorkastner*, *W.* (Greifswald), Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiet der gerichtlichen Psychiatrie. 53 S. 1 M. Halle a. S. 1911, Carl Marhold.
26. *Vorkastner*, *W.* (Greifswald), Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiet der gerichtlichen Psychiatrie. X. Aus der Literatur des Jahres 1910 zusammengestellt. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. 8, Nr. 1, 3, 4. (S. 29*.)
27. *Voß*, Beitrag zur Psychologie des Brautmordes. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 8, H. 10, S. 622 ff. (S. 31*.)
28. *Weygandt*, *W.* (Hamburg), Die Entwicklung der gerichtlichen Psychiatrie und Psychologie. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 8, H. 4, S. 209. (S. 29*.)
29. *Weygandt*, *W.* (Hamburg), Psychiatrische Begutachtung von Mördern. Jahrbücher der Hamburgischen Staatskrankenanstalten Bd. XV. Hamburg 1911, Verlag von L. Voß.



30. *Ziemke, Ernst* **(Kiel), Minderwertigkeit, geistige Minderwertigkeit, verminderte Zurechnungsfähigkeit. Enzyklop. Jahrb. d. ges. Heilk. Neue Folge, Bd. 8. Herausgeber: Prof. Dr. Albert Eulenburg-Berlin. (S. 32*.)**

Ernst Schultze (21) bekämpft nachdrücklich die gegen die Ärzte erhobenen Vorwürfe, sie wären zu leicht mit der Diagnose Geisteskrankheit bei der Hand. Gerade in letzter Zeit hat ja die Tagespresse wieder viel von ungerechtfertigten Aufnahmen und Zurückhaltungen in Irrenanstalten geschrieben und Berichte von unbegründeten Entmündigungen gebracht. Unter diesen Umständen muß man es hoch anerkennen, daß *Schultze* sich die Mühe macht, die dort vorgebrachten Bedenken zu zerstreuen. Ob's was hilft, ist freilich eine andere Frage, ich habe bis jetzt nirgends gelesen, daß man in der Tagespresse von seinen sachlichen Ausführungen Kenntnis genommen hätte.

Weygandt (28) betont mit aller Entschiedenheit, daß die forensische Psychiatrie ein notwendiger Bestandteil des Gerichtsverfahrens ist, dem freilich aus der Sucht mancher Ärzte, ihre Kompetenzen weiter auszudehnen, als notwendig ist, oder sich in übertriebener Weise selbst zu beschränken, noch manche Schwierigkeiten erwachsen.

Placzek (16) beklagt, daß der Stand der Psychiater zu wenig Aktivität bei der Abwehr der gegen ihn in der Tagespresse gerichteten Angriffe zeigt. Er beklagt ferner, daß wir einen Teil dieser Angriffe uns selbst zuzuschreiben haben, weil die erstatteten Gutachten oft unnötigerweise divergieren und führt mehrere Fälle aus seiner Gutachtertätigkeit an, die diese Tatsachen illustrieren. Auch er verlangt, daß zur Erstattung psychiatrischer Gutachten möglichst nur psychiatrisch wirklich erfahrene Ärzte herangezogen werden, und spricht sich gegen den Brauch aus, dem Gerichtsarzt auch diese Tätigkeit zuzuweisen, obwohl sein eigentliches Arbeitsfeld doch vorwiegend pathologisch-anatomischer Natur ist.

Vorkastner (26) hat die wichtigsten Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie aus dem Jahre 1910 zusammengestellt. Auf diese interessante und viel praktisch Wichtiges enthaltende Zusammenstellung sei hier ganz besonders hingewiesen. Der Stoff ist sehr übersichtlich geordnet.

Auf ein Buch möchte ich hier ganz besonders hinweisen, daß zwar in erster Linie für Juristen geschrieben, aber auch für den Psychiater und den sachverständigen Arzt von höchstem Interesse ist. Es ist das Buch von *Sello* (22) über die Irrtümer der Strafjustiz und ihre Ursachen. Es ist hier nicht der Ort, die juristische Seite des Buches zu erörtern; ob es sich in den vorliegenden Fällen wirklich um Irrtümer der Justiz handelt oder nicht, das zu entscheiden ist Sache der Juristen. Aber einige andere Punkte verdienen um so mehr die Beachtung der ärztlichen Leserwelt. Das Buch zeigt uns nämlich evident, welch' ungeheure Verantwortung oft der Sachverständige auf sich nehmen muß, wieviel für ein Menschenleben manchmal davon abhängt, daß er sein Gutachten wirklich nach reiflichster Überlegung erstattet und daß er in Fällen, die ihm nicht besonders liegen, lieber einen anderen Gutachter, der auf dem Spezialgebiete mehr Erfahrung



besitzt, vorschlagen soll, als nach eigenem, wenn auch bestem, aber doch in diesem Punkte vielleicht beschränkterem Wissen zu urteilen. Es zeigt uns auch, daß es von größter Wichtigkeit ist, daß der Jurist sich den richtigen Sachverständigen als Gutachter auswählen kann. Da das Buch in einem geradezu glänzenden Lapidarstil geschrieben ist, der trotz prägnantester Kürze alles Wichtige bringt, ist seine Lektüre ein Genuß. Der ärztliche Leser bekommt ein plastisches Bild davon, was es vor Gericht zugeht und worauf es bei der Erstattung forensischer Gutachten ankommt.

Straßmann (24) hat unter Mitwirkung von *H. Hofmann* und *H. Marx* ein Handbuch für Richter und Ärzte herausgegeben, das den Titel Medizin und Strafrecht führt. Es ist im *Langenscheidt*schen Verlage erschienen als ein Teil der Enzyklopädie der modernen Kriminalistik und zeichnet sich wie alle die bisher erschienenen Bände durch vorzüglichen Druck und ganz hervorragende Reproduktion der beigegebenen Abbildungen aus, die größtenteils photographische Aufnahmen nach der Natur sind. Das Handbuch zerfällt in vier Abschnitte. Der erste erläutert die Methodik der gerichtlichen Medizin, der zweite schildert die gewaltsamen Todesarten, der dritte bringt eine eingehende Darstellung der forensischen Psychiatrie (über 200 Seiten), der vierte beschäftigt sich mit den Beziehungen zwischen den sexuellen Vorgängen und dem Strafrecht und in einem Anhang, der von *P. Fraenkel* bearbeitet ist, werden die kriminellen Vergiftungen kurz besprochen. Der klare Text wird durch die zahlreichen naturwahren Abbildungen aufs beste illustriert, ganz besonders sei noch auf die vielen eingeschalteten Protokolle von praktischen Fällen hingewiesen. Gerade diese werden durch ihre Anschaulichkeit und vor allem durch das verständliche Deutsch der Gutachten auch dem Nichtarzt das Verständnis für die Aufgaben der gerichtlichen Medizin erleichtern und dazu beitragen, daß die gerichtliche Tätigkeit des Arztes bei Richtern und Laien die Würdigung und Anerkennung findet, die sie verdient. Der gerichtlich-psychiatrische Teil besteht vorwiegend aus Einzeldarstellungen praktischer Fälle. *Marx*, der diesen Teil bearbeitet hat, macht darauf aufmerksam, daß es in der forensischen Praxis weniger darauf ankommt, eine psychiatrische Diagnose bei dem zu Untersuchenden zu stellen, als vielmehr auf den Nachweis, daß er geisteskrank oder nicht geisteskrank ist. Simulation von Geisteskrankheit kommt nach seinen Erfahrungen selten vor, sie wird sich leichter durch Beobachtung in einer Irrenanstalt feststellen lassen als durch Beobachtung im Gefängnis. Der § 81 soll deshalb so oft wie möglich Anwendung finden. Auch der Vorentwurf des Strafgesetzbuches wird erwähnt.

Zum 100 jährigen Bestehen des Wiener Lehrstuhles für gerichtliche Medizin hat *Kolisko* (8) einen Band Beiträge zur gerichtlichen Medizin herausgegeben. Die Beiträge sollen hauptsächlich der Verwertung des Riesenmaterials dienen, das die Zweimillionenstadt Wien dem gerichtsärztlichen Institut der Universität liefert. Die Einleitung bildet eine Geschichte der Wiener Lehrkanzel für gerichtliche Medizin von *A. Haberda*, von dem auch der dritte Aufsatz stammt: zur Lehre vom Kindesmorde. Dieser Aufsatz bringt eine umfassende Darstellung aller beim Kindesmorde vorkommenden gerichtlich-medizinischen Fragen auf Grund eines ungewöhnlich reichen Materiales. Es sei

deshalb hier besonders darauf hingewiesen. Den Psychiater wird die Arbeit *Koliskos* über Hirnruptur besonders interessieren, die namentlich den Unterschied zwischen Spontanruptur infolge Blutung und traumatischer Ruptur erörtert und dem Gerichtsarzt wertvolle Aufschlüsse bringt. *Fritz Reuter* bespricht die forensische Bedeutung der Selbstbeschädigung, ihre Motive, die nicht selten krankhafter Natur sind, häufiger aber in der Absicht zu suchen sind, durch Selbstbeschädigung vom Militärdienst frei zu kommen, oder durch Vortäuschung von Unfallfolgen zu einer Rente zu gelangen. Auch die Operationen zur Verhütung der Konzeption finden ihre Besprechung. Den Schluß des Bandes bildet eine ausführliche Untersuchungsreihe *K. Meixners* über den Glykogengehalt der Leber bei den verschiedenen Todesarten. Der Glykogenbefund ist namentlich dann wichtig, wenn es sich um die Entscheidung der Frage handelt, ob der Tod rasch oder langsam eingetreten ist, ob Verstümmelungen intra vitam oder post mortem entstanden sind, doch ist die Methode der Untersuchung der Leber auf Glykogen, die chemische wie namentlich die mikroskopische, so kompliziert, daß sie nach *M.* nur in der Hand des mit ihr vertrauten Arztes zu bündigen Schlüssen berechtigt. Druck und Ausstattung des Bandes, dem hoffentlich bald viele von gleicher Güte folgen, genügen allen Anforderungen.

Lochte (12) macht auf einige Fehler aufmerksam, welche häufig bei Ausstellung von ärztlichen Attesten begangen werden. Zunächst das Format des Papieres: Man schreibe nicht auf kleinen oder bunten Briefbogen oder gar auf Rezeptformularen. Man schreibe ferner deutlich und gebrauche deutsche Ausdrücke, hüte sich, subjektive Angaben, deren Wahrheit nicht bewiesen ist, als Tatsachen anzuführen und der Beurteilung zugrunde zu legen und lasse sich niemals von falscher Humanität leiten. Dies gilt namentlich der Begutachtung nervöser Personen. Zeugnisse brauchen sich nicht nur auf die Bezeugung unmittelbar wahrnehmbarer Tatsachen zu beschränken, sondern haben auch die sachverständige Würdigung der Folgen dieser Tatsachen für die Gesundheit zu enthalten. Im zukünftigen Strafrecht werden auch die Totenscheine wie die ärztlichen Zeugnisse behandelt.

Voß (27) geht mit einem psychiatrischen Gutachten über einen Schwachsinnigen, der seine Braut zu erschießen versucht hatte, scharf ins Gericht. Er vermißt in dem von dem Medizinalkollegium des Hamburgischen Staates erstatteten Gutachten namentlich den Nachweis des Schwachsinns durch Erhebung einer genauen Vorgeschichte, ein Einwand, der nicht ungerechtfertigt erscheint, wenn das Gutachten so erstattet ist, wie *V.* es referiert.

Nach *Lochte* (11) liegt kein Grund vor, den Kreis der Tatsachen, die der ärztlichen Schweigepflicht unterworfen sind, zu erweitern oder das bestehende Strafmaß zu erhöhen. Erwünscht wäre, wenn auch im V.-E. zum Strafgesetzbuche zum Ausdruck käme, daß gelegentlich höhere sittliche Pflichten die Preisgabe des Berufsgeheimnisses an eine beteiligte Person fordern können.

Heilbronner (5) rät in seiner Arbeit dem Gutachter dringend zur Vorsicht bei der Diagnose Epilepsie in Kriminalfällen. Dies gilt in gleicher Weise für die großen und kleinen Anfälle, besonders aber für die psychischen epileptischen



Veränderungen, zu denen auch die Dämmerzustände gehören. Allen subj
Angaben stehe man mit Mißtrauen gegenüber und verwerte nur Selbstbeobach
zu ausschlaggebenden Schlüssen im Gutachten.

Eine umfassende Darstellung des Begriffs und der rechtlichen Bede
der Minderwertigkeit gibt *Ziemke* (30) in Eulenburgs Enzyklopäd
Jahrbüchern. In dem Aufsatz findet sich auch zahlreiche Literatur ange
Die Frage der Minderwertigkeit ist in diesen Berichten so oft besprochen, daß
eine eingehende Inhaltsangabe erübrigt.

Rittershaus (19) hält die sogenannte Komplexforschung noch
für juristisch-kriminalistische Zwecke geeignet und setzt sich namentlich m
*Lipmann*schen Untersuchungen auseinander.

Einen guten Einblick in die französische gerichtliche Psychiatrie gew
das kleine Buch von *Dubuisson* und *Vigouroux* (3). Es bringt im ersten Te
positiven Theorien des Strafrechts, der Verantwortlichkeit und der Geisteskr
heiten, der zweite klinische Teil beschäftigt sich praktisch mit den Bezieh
zwischen Kriminalität und Geisteskrankheit. Zahlreiche praktische Fälle illustr
die Formen der Geisteskrankheiten und ihre Begutachtung in Strafrechtssa
Auch die Simulation wird erörtert.

Mit Recht beklagt *Raecke* (18) die Übertreibungen, Einseitigkeiten
Entstellungen auf dem Gebiete der sexuellen Perversitäten
sich durch eine halbwissenschaftliche Literatur in den Vorstellungskreis der
und Richter in den letzten Jahren eingeschlichen haben und zum Teil auch
im Publikum ihre unheilvolle Wirkung geltend machen. Er betont, daß nur gr
liche Beherrschung der klinischen Psychiatrie, aber nicht die Beschäftigung
vagen Hypothesen den medizinischen Gutachter befähigt, sexuelle Delikte ri
zu beurteilen, und daß die bisherige Einteilung der sexuellen Delikte in Masochis
Sadismus, Fetischismus usw. ganz unwissenschaftlich ist, weil sie nur den zufäl
Inhalt des perversen Gedankenganges, nicht aber die Art seiner Entstehung ber
sichtigte. Er bevorzugt die *Ziehen*sche Bezeichnung der sexuellen Perversi
als Parhedonien und berichtet unter diesen Gesichtspunkt über 50 Sexualverbre
deren Täter in der Kieler Klinik zur Beobachtung gekommen sind. Er teilt sie
in konstitutionelle Parhedonien, hierher gehören die echten Konträrempfinden
in assoziative (Zwangsvorstellungen), implantierte (Verführung) und komp
satorische (Mangel an normaler Befriedigung) Parhedonien. Die letzten b
Gruppen möchte *Raecke* besser unter dem Sammelnamen Situationsparhed
zusammengefaßt wissen. Bei seinem Material handelte es sich nur 2 mal um k
stitutionelle, 9 mal um assoziative und 15 mal um Situationsparhedonien,
lag eine Psychose dem Sittlichkeitsverbrechen zugrunde.

Glaser (4) betont, daß die leichten Formen des zirkulären Irre
eine erhöhte forensische Bedeutung haben, weil sie meist längere Zeit uner
bleiben, während die schweren rasch zur Anstaltsaufnahme führen. Nament
die Hypomanen neigen zu strafbaren Handlungen infolge ihrer Selbstüberschä
ihres gesteigerten Tätigkeitsdranges und ihrer Reizbarkeit. Auch in zivilrecht
Hinsicht ist sowohl die Hypomanie wie die Hypomelancholie nicht unbedeut

die Geschäftsfähigkeit fast immer beeinträchtigt ist. Meist genügt die Einsetzung ıer Pflegschaft zur Korrektur der Störungen der Geschäftsfähigkeit. Von der ıtmündigung soll man im allgemeinen absehen, da sie die Kranken unnötig erregt ıd der Zustand kein dauernder zu sein pflegt. In Fällen, wo dies nicht zutrifft, ıß aber die Entmündigung eingeleitet werden, selbst auf die Gefahr hin, daß die ychischen Störungen dadurch eine Verschlimmerung erfahren.

Möllers (14) Arbeit über die geistigen Störungen nach Schlaganfällen und ihre gerichtsärztliche Bedeutung ist eine Literaturzusammenellung, die im Anhange ein Literaturverzeichnis von 48 Nummern über dieses ıema bringt. Störungen des Gedächtnisses, der rückläufigen Assoziation und s Urteils von leichter Kritiklosigkeit bis zur völligen Urteilslosigkeit finden sich allen Graden nach Schlaganfällen. Wahnideen, Zwangsvorstellungen und Sinnesıuschungen sind selten, dagegen findet man regelmäßig Affektstörungen, Apathie ler Reizbarkeit und Erregungszustände. Schrift und Sprache leiden je nach dem tz des Herdes mehr oder weniger, rechtsseitig Gelähmte sind häufig beider Ausucksmittel beraubt. Kriminelle Handlungen sind bei der Dementia postapoplectica cht allzuhäufig. Die Affektstörungen führen manchmal zu Gewalthandlungen gen Angehörige und Umgebung, die gemütliche Stumpfheit läßt die Kranken sweilen Sittlichkeitsdelikte begehen. Je nach dem Grade der psychischen Störungen ird man den § 51 in Anwendung bringen müssen oder nicht, das Gros fällt unter ie Grenzzustände, die der Vorentwurf des Strafgesetzbuches berücksichtigt, die ber das geltende Recht noch nicht kennt. Die meisten Apoplektiker sind nicht aftfähig (§ 487 StPO.), Aufschub der Haft kann ihnen nicht bewilligt werden § 488), da die Störungen gewöhnlich nicht heilbar sind. Häufig werden sie nach 56 StPO. und § 393 ZPO. unbeeidigt zu vernehmen sein, weil sie nicht das genügende Verständnis für Wesen und Bedeutung des Eides haben. Die Geschäftsıhigkeit in zivilrechtlicher Hinsicht kann leiden, kann aber auch erhalten bleiben, elbst Aphasische sind manchmal imstande, ihre Angelegenheiten zu besorgen. st der Apoplektiker in seinen geistigen Leistungen geschwächt, so wird je nach age des Falles eine Pflegschaft einzusetzen oder die Entmündigung anzuordnen ein. Ehescheidung nach § 1569 BGB. kommt bei Dementia postapoplectica selten n Frage, da es sich meist um ältere Leute handelt, manchmal werden sie aber in igennütziger oder gewinnsüchtiger Absicht zur Eingehung einer Ehe überredet. Vichtiger ist die Frage nach der Testierfähigkeit, die nach einer Apoplexie nicht hne weiteres aufgehoben zu sein braucht. Andererseits ist gerade die bekannte, eichte Bestimmbarkeit der vom Schlage Getroffenen ein wichtiges Moment, das om Arzte nicht übersehen werden darf. Besondere Schwierigkeiten macht die Beurteilung der Testierfähigkeit bei Aphasischen; diese sind nicht testierfähig, venn sie auch der Schrift beraubt sind, da ein Testament schriftlich oder durch nündliche Erklärung, nicht aber durch Zeichen errichtet werden darf (§§ 2243, 238, 2247 BGB., § 188 GVG. und § 178 FGG.).

II. Strafrechtliche Psychiatrie.

1. Eingabe des Vorstandes der Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin betreffend den

Entwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Ärztekam
für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Be
Berlin, Mai 1911. (S. 38*.)

2. Bericht der Kommission der Ärztekammer für die Rev
des Strafgesetzbuches. Ärztekammer für die Provinz Brand
burg und den Stadtkreis Berlin. Berlin, Mai 1911. (S. 3

3. *Birnbaum*, *K.*, Psychiatrie und Strafrechtspflege vor 75 Jahr
Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. 13, Nr. 3.

4. *Birnbaum*, *K.*, Die strafrechtliche Beurteilung der Degeneri
Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 5, S. 89. (S. 39*.)

5. *Bloch*, *E.* (Kattowitz), Zwei Gutachten, beide das Vergehen ge
den § 175 StGB. für das Deutsche Reich (widernatürl
Unzucht) betreffend, von denen jedes zu einem verschieden
Resultat kommt. Wien. klin. Rundsch. Nr. 7, S. 101.

6. *Fürstenheim*, *W.* (Berlin), Die Beurteilung des Geisteszustand
jugendlicher Angeklagter. Ztschr. f. Psychother. u. m
Psychol. Bd. 3, H. 3, S. 158. (S. 40*.)

7. *Glauning*, Die im Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzb
vorgesehenen Schärfungen. Betrachtungen eines St
vollzugsbeamten. Sonderabdruck aus den Blättern f
Gefängniskunde S. 1 ff. (S. 38*.)

8. *Göring*, *M. H.* (Merzig), Die Kritik der Psychiater an dem V
entwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Ztschr. f
ges. Neurol. u. Psych. Bd. 3, H. 2. (S. 38*.)

9. *Hahn*, *R.* (Frankfurt a. M.), Wertung des Charakters bei
forensischen Begutachtung eines Geisteskranken. Är
Sachv.-Ztg. 1911 Nr. 2.

10. *Haymann*, *H.* (Freiburg), Selbstanzeigen Geisteskranker. J
psych. Grenzfr. Bd. 7, H. 8, 39 S. 1 M. Halle a. S.
Marhold. (S. 40*.)

11. *Heinicke*, *W.*, Einige Bemerkungen zu § 18 des Vorentwurfs
einem deutschen Strafgesetzbuch. H. Groß' Archiv Bd.
H. 3 u. 4, S. 346 ff. (S. 38*.)

12. *Hellwig*, *A.* (Berlin-Friedenau), Homosexualität und Strafrecht
reform. Deutsche med. Wschr. Nr. 7, S. 312. (S. 38*

13. *Hiller*, *K.* (Berlin), Homosexualismus und deutscher Vorent

Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 8, H. 1, S. 29. (S. 38*.)

. *Hirschfeld*, *M.* (Berlin), Homosexualität und Strafrechtsreform. Eine Erwiderung. Deutsche med. Wschr. Nr. 12, S. 551.

. *Hoffmann* und *Marx*, Retrograde Amnesie nach Kohlenoxydvergiftung oder epileptischer Dämmerzustand? Ztschr. f. med. Beamte Jahrg. 24, Nr. 14. (S. 40*.)

. *v. Jagemann*, *E.* (Heidelberg), Vor- und Gegenentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch als Stufen des Fortschritts. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 8, H. 4, S. 194.

. *Juliusburger*, *Otto*, Über einen Fall von akuter autopsychischer Bewußtseinsstörung, ein Beitrag zur Lehre von Kriminalität und Psychose. Zentralbl. f. Psychoanal. I 7/8. (S. 41*.)

. *Kahl*, *Lilienthal*, *Liszt*, *Goldschmidt*, Gegenentwurf zum Vorentwurf eines deutschen Strafgesetzbuches. 3 M. Berlin, J. Guttentag

. *Kahl*, *W.* (Berlin), Der Stand der europäischen Gesetzgebung über verminderte Zurechnungsfähigkeit. Deutsche med. Wschr. H. 44, S. 2041. (S. 37*.)

. *Keferstein*, Tötungsversuch der Braut im pathologischen Rauschzustand. Ztschr. f. med. Beamte Jahrg. 24, Nr. 11. (S. 40*.)

. *Kohlrausch* (Königsberg i. Pr.), Der Vorentwurf vom deutschen Strafgesetzbuch. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. Bd. 41, 2. Supplementheft.

. *Leppmann*, *A.* (Berlin), Ein eigenartiger Fall von falscher Selbstbezichtigung. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 22. (S. 41*.)

. *Marx*, *Hugo* (Berlin), Schuld und Strafe. Ein kriminalpsychologisches Vorwort zu einem Deutschen Strafgesetzbuch. H. Groß' Archiv Bd. 42, H. 3 u. 4, S. 304.

. *Marx*, *Hugo*, Die geistig Minderwertigen in einem künftigen deutschen Strafgesetzbuche. Berl. klin. Wschr. Nr. 22, S. 993. (S. 37*.)

. *Meyer*, *Bruno*, Homosexualität und Strafrecht. H. Groß' Archiv Bd. 44, H. 3 u. 4, S. 249 ff. S. 249 ff.

. *Moeli* (Berlin), Bemerkungen über die „Psychischen Mängel" als Strafausschließungsgrund. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. 13, Nr. 11, S. 99.



27. *Rosenfeld, Ernst*, Die vorläufige Entlassung und der Vorentw[illegible] zum Strafgesetzbuch. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Str[illegible] rechtsref. Jahrg. 8, H. 4, S. 241 ff.
28. *Schultze, E.* (Greifswald), Die Sicherung der Gesellschaft ge[illegible] gemeingefährliche Geisteskranke und der Vorentwurf [illegible] einem deutschen Strafgesetzbuch. Arch. f. Psych. u. Ner[illegible] krkh. Bd. 48, H. 1, S. 1. (S. 37*.)
29. *Seelig, P.* (Herzberge), Die Jugendlichen im Vorentwurf [illegible] deutschen Strafgesetzbuch. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. [illegible] S. 155. (S. 40*.)
30. *Seidel*, Der Vorentwurf zu einem Strafgesetzbuch für das Kö[illegible] reich Serbien. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechts[illegible] Jahrg. 8, H. 9, S. 555.
31. *Simon* (Ellwangen), Unzurechnungsfähigkeit, geminderte [illegible] rechnungsfähigkeit, Trunksucht — in einem künft[illegible] Strafgesetzbuch. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Str[illegible] rechtsref. Jahrg. 7, H. 10, S. 593.
32. *Stransky, Erwin*, Das Affektdelikt. Separatabdruck aus [illegible] „Allgemeinen österr. Gerichts-Zeitung" 1911, Nr. 8 u[illegible] S. 1 ff. (S. 39*.)
33. *Thomsen, Andreas*, Gesetzgeberische Bekämpfung neuzeitl[illegible] Delikte. Nebst einem Vorschlag betr. Titel und Ten[illegible] der Entwürfe zu einem Strafgesetzbuch. Mtschr. f. Krim[illegible] psychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 7, H. 11/12, S. [illegible]
34. *Wagner v. Jauregg* (Wien), Der Zurechnungsunfähigkeitspara[illegible] im Strafgesetzentwurf. Wien. med. Wschr. Nr. 3 [illegible] (S. 41*.)
35. *Weller, Hugo*, Die schwere Körperverletzung im jetzigen St[illegible] recht (§ 224 StGB.) vom gerichtsärztlichen Standpu[illegible] Friedreichs Bl. f. gerichtl. Med. H. 1—3. (S. 38*.)
36. *Wellstein*, Die Strafprozeßreform in der Kommission des R[illegible] tags. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jah[illegible] H. 11/12, S. 695 ff.
37. *Wollenberg* (Straßburg), Der Vorentwurf vom deutschen St[illegible] gesetzbuch. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. San[illegible] 1911 Bd. 41, 2. Supplementheft.
38. *Ziemke, Ernst* (Kiel), Der § 56 StGB. und seine Beziehung[illegible]

Schwachsinn. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 8, H. 5, S. 266. (S. 39*.)

Unser heutiges Strafrecht enthält keine einzige Vorschrift über die Sicherung r Gesellschaft vor Geisteskranken, die außer Verfolgung gesetzt oder freigesprochen ıd. In Preußen beruht die Möglichkeit, gegen solche Geisteskranke Sicherungs- aßregeln zu ergreifen, noch auf dem Allgemeinen Landrecht (§ 10, Titel 17, ıil II). *E. Schultze* (28) macht auf den § 6 des Gesetzes zum Schutze der persön- hen Freiheit vom 12. II. 1850 aufmerksam. Nach diesem sind Personen in Ver- ahrung zu nehmen, wenn der eigene Schutz oder die öffentliche Sicherheit dies fordert. Es gestattet die Verwahrung von geisteskranken Verbrechern, die nicht meingefährlich sind. *Sch.* kritisiert dann die verschiedenen Ministerialerlasse 5. 6. u. 15. 12. 01, 6. 1. 02, 20. 5. 04) über die Entlassung geisteskranker Ver- echer und beklagt das geringe Verständnis untergeordneter Polizeiorgane für ychiatrische Dinge, namentlich die Scheu vor irgend welchen Kosten führt bei nen oft zu krassen Mißständen. Nach dem § 65 des neuen Gesetzes können Leute, ı sich einer strafbaren Handlung schuldig gemacht haben und geisteskrank oder rmindert zurechnungsfähig sind, auf Gerichtsbeschluß in einer Anstalt verwahrt rden, wenn sie die öffentliche Sicherheit zu gefährden drohen. Hierzu bemerkt *hultze*, daß freigesprochene Minderwertige und solche, die nur eine Person gefährdet ben, nach jenem Paragraph nicht verwahrt werden können, und daß die Ein- isung auch ohne Anhörung eines ärztlichen Sachverständigen geschehen könnte. ese Mängel erscheinen ihm beachtenswert. Zum Schlusse fordert er für jeden rwahrten einen Fürsorger, der seine Interessen während der Verwahrung vertritt, d die Einführung der bedingten Aussetzung der Verwahrung.

In dem Verlangen nach strafrechtlicher Berücksichtigung der vermin- rten Zurechnungsfähigkeit möchte *Kahl* (19) kein Zeichen ıehmender Degeneration, sondern vielmehr eine verfeinerte Höhenlage des Straf- hts auf der Linie der Individualisierung des Verbrechertums erblicken. In England d man der v. Z. allein durch die Freiheit des richterlichen Ermessens und dem chanismus des Strafvollzuges gerecht, in Frankreich ist es bisher bei dem Wunsche ıh geeigneten Anstalten für die Leute mit Responsabilité limitée geblieben, hrend in der Schweiz die Kantonalgesetzgebung seit langem die v. Z. berück- ıtigt und Italien dafür eine minutiöse Strafskala besitzt. In Österreich be- äftigt sich der neue Entwurf des Strafgesetzes mit der v. Z., das geltende Recht ınt sie nicht, ähnlich liegen die Verhältnisse in Ungarn und Serbien. Griechenland ennt sie seit langem an, auch in Rußland, Finnland, Schweden und Norwegen l in Dänemark wird sie berücksichtigt. In Deutschland ist sie schon zu Zeiten Partikularstrafgesetzgebung erwogen und z. T. auch eingeführt, also keines- ;s etwas Neues. Zu allen Zeiten und auch heute dreht sich der Streit hauptsäch- um die vier Grundfragen des Begriffs, des Strafprinzips, des Strafvollzuges l der Sicherung.

Marx (24) hält die strafrechtliche Anerkennung der geistigen Minder- rtigkeit für eine logische und gerechte Forderung, hält aber die Form,



in der sie im V.-E. und in dem *Kahl*schen Gegenentwurf anerkannt wird, nicht für glücklich. Nach ihm liegt der Schwerpunkt der strafrechtlichen Behandlung geistig Minderwertiger im Strafvollzuge, und wir bedürfen deshalb eines Gesetzes, das den Strafvollzug und die Fürsorge für entlassene Strafgefangene regelt, damit eine zweckentsprechende Behandlung der geistig Minderwertigen stattfinden kann. Im Strafgesetzbuch wird man ihnen am besten durch generelle Einführung mildernder Umstände gerecht werden, wie sie der Gesetzentwurf vorsieht.

Neben dem deutschen Verein für Psychiatrie, der seine Vorschläge zur Strafrechtsreform auf der Stuttgarter Tagung durch *Cramer* formulieren ließ, hat auch die Berliner Ärztekammer (1, 2) Stellung zum V.-E. genommen. In ihrer Eingabe an den Staatssekretär des Reichsjustizamtes verlangt sie vor allem Schutz für den ärztlichen, operativen Eingriff durch einen Zusatz zu § 67 des V.-E.s. Außerdem hat sie noch zu den Paragraphen über das ärztliche Berufsgeheimnis, über die widerrechtliche Behandlung von Leichen, über unberechtigte Abgabe von Arznei und über Verletzung von Schutzmaßregeln gegen die Verbreitung ansteckender Krankheiten Stellung genommen.

Von den im V.-E. vorgesehenen Strafschärfungen kann sich *Glauning* (7) keinen praktischen Erfolg versprechen. Nach seinen Erfahrungen als Strafanstaltsbeamter bliebe der § 18 am besten ganz fort.

Auch *Heinicke* (11) wendet sich gegen die Einführung von Strafschärfungen bei der Strafvollstreckung, wie sie der V.-E. vorsieht. Sie sind geeignet, die Gesundheit der Inhaftierten schwer zu schädigen, weil z. B. die Kostentziehung oder Schmälerung zu einem erheblichen Abbau der eigenen Körpersubstanz führen muß, und weil sie bei dem meist recht degenerierten Material keine bessernde Wirkung auf die Psyche haben würden. Außerdem wird durch gerichtliche Anordnung von Strafschärfungen der Strafanstaltsbeamte seiner wichtigsten Disziplinarmittel beraubt.

Hellwig (12) sieht in der Tatsache, daß nur ein kleiner Teil der Päderasten zur Verantwortung gezogen wird, ebensowenig einen Grund zur Beseitigung des § 175 wie in der Möglichkeit, daß durch das Vorhandensein eines solchen Paragraphen das Erpressertum großgezogen wird. Wenn er sich trotzdem für Abschaffung des § 175 (250 d. V.-E.) ausspricht, so tut er dies nur aus dem Grunde, weil er aus der homosexuellen Betätigung keinen Schaden für das Individuum oder den Staat herleiten kann. Außerdem darf der Gesetzgeber aus der großen Zahl von moralisch tadelnswerten Unzuchtsakten nicht einige wenige herausgreifen und unter Strafe stellen. Dies erscheint ihm willkürlich und ungerecht.

Hiller (13) spricht sich gegen die Strafbarkeit der Homosexualität aus und bekämpft namentlich die Anschauungen des Vorentwurfs.

Eine Zusammenstellung der von den Psychiatern bisher am V.-E. geübten Kritiken bringt *Göring* (8). Das Literaturverzeichnis enthält 51 Nummern.

Eingehend begründet *Weller* (35) die im § 224 StGB. aufgezählten Möglichkeiten, durch deren Eintritt die sie verursachende Verletzung zu einer schweren gestempelt wird. Die Leser dieser Zeitschrift interessieren natürlich vor allem seine Ausführungen über den Verfall in Geisteskrankheit. Ref. kann aber



nicht seinen Ausführungen beistimmen, daß darunter jeder dauernde, krankhaft veränderte Geisteszustand zu verstehen ist, auf den auch § 1910 II. BGB. zutrifft; denn diese Bestimmung sagt nichts über die Schwere der unter sie fallenden Psychose. Gegen die Fassung des entsprechenden Paragraphen im V.-E. des StGB. hat Verf. erhebliche Bedenken. Die lange Dauer des Folgezustandes der Verletzung wird nicht ausdrücklich gefordert. Vor allem ist seine Fassung zu allgemein gehalten mit der nicht zutreffenden Begründung, die Kasuistik des § 224 StGB. sei nicht erschöpfend. Verf. fürchtet, daß die neue Fassung eine sehr verschiedene Beurteilung des Sachverhaltes zuläßt und dadurch eine große Rechtsunsicherheit herbeiführt. Die Reform soll daher von der alten Fassung ausgehen, mit der Verf. sich, soweit sie die Folge der Verletzung betrifft, einverstanden erklärt.

(*Ernst Schultze*-Greifswald.)

Ziemke (38) äußert sich dahin, daß die Einsicht, welche der § 56 RStG. erfordert, lediglich das kriminelle Unterscheidungsvermögen und nicht die Fähigkeit, das Unmoralische der strafbaren Handlungsweise einzusehen, bedeutet. Der jugendliche Täter muß im konkreten Falle unterscheiden können, ob seine Tat strafbar ist oder nicht. Dies Unterscheidungsvermögen ist von einem gewissen Grade der Intelligenzentwicklung abhängig, und es ist nun die nicht immer leichte Aufgabe des Sachverständigen, festzustellen, ob dieser Grad der Intelligenzentwicklung von einem Jugendlichen erreicht ist oder nicht. Dieses fehlt meist nur bei höheren Graden des Schwachsinns und deshalb ist den meisten jugendlichen Kriminellen die Einsicht zuzusprechen. Eine Frage ist dabei, ob sie, trotz vorhandener Einsicht, zurechnungsfähig sind. Diese Frage kann sehr oft verneint werden müssen.

Die Geringfügigkeit, die Partialität und die Unbeständigkeit der pathologischen Symptome machen nach *Birnbaum* (4) die Hauptschwierigkeiten bei der strafrechtlichen Beurteilung der Degenerierten. Bei nachgewiesener psychopatischer Durchschnittsverfassung muß die Zurechnungsfähigkeit als herabgesetzt gelten, Steigerung einzelner, schon in der Durchschnittsverfassung vorhandener seelischer Zustände kann oft die Veranlassung eines Deliktes sein und diese zeitlich begrenzten Verstärkungen der Psychopathie können die Zurechnungsfähigkeit noch weiter herabsetzen, ja aufheben. In foro empfiehlt es sich, den psychologischen Gesamteindruck einer degenerierten Persönlichkeit der Beurteilung zugrunde zu legen. Mit Ausdrücken wie partielle oder bedingte Zurechnungsfähigkeit ist da wenig anzufangen.

Stransky (32) behandelt die Affektdelikte in Beziehung zum österreichischen und deutschen Vorentwurf zum Strafgesetz. Beim Kindesmord bemerkt er die glückliche Fassung des österreichischen Entwurfs vor dem deutschen, da in ihm die von *Hoche* an dem deutschen Entwurf getadelte Unterscheidung zwischen ehelich und unehelich fortfällt und außerdem an Stelle des unbestimmten Begriffes „gleich nach der Geburt“ die biologische Bestimmung der Geburt und ihrer Nachwirkungen gesetzt ist.

Bei einem Manne, Epileptiker, der sich und sein Töchterchen mit Leuchtgas zu vergiften versucht hatte, bestand nach dem Abklingen der Gasvergiftung Erinnerungslosigkeit. Es handelte sich nun um die Frage, ob diese Erinnerungs-

losigkeit eine Folge der Epilepsie oder der Gasvergiftung wäre. *Hoffmann* und *Marx* (15) entschieden sich in ihrem Gutachten für die letzte Annahme und faßten die Amnesie als retrograde auf. Exkulpation könnte also nicht stattfinden. Trotzdem wurde der Angeklagte freigesprochen, weil *Leppmann* in der Verhandlung zur Ansicht kam, daß man einen epileptischen Dämmerzustand nicht ausschließen könnte.

Keferstein (20) berichtet über einen hereditär belasteten Menschen, der aus Eifersucht seine Braut zu erschießen versuchte und dann sich selbst zwei Schüsse in den Kopf beibrachte. Er verliert ein Auge, wird aber wieder hergestellt und behauptet nun, in einem Zustande geistiger Verwirrung gehandelt zu haben, und daß ihm die Erinnerung an die Tat fehle. Es konnte nachgewiesen werden, daß er schon vor der Tat alkoholintolerant gewesen war und nach Alkoholgenuß die Erinnerung verloren hatte, und daß er die Tat in einem derartigen Zustande begangen hatte. Es wurde deshalb angenommen, daß seine Angaben glaubwürdig wären, worauf er vom Gericht freigesprochen wurde.

Seelig (29) vergleicht die Bestimmungen über die Jugendlichen im alten Strafgesetz mit denen des Vorentwurfs. Verbesserungen möchte er in dem Hinaufrücken der Altersgrenze auf das 14. Lebensjahr, im Fortfall des Diszernements nach § 56 und in der Einführung von Erziehungsmaßnahmen anstatt oder neben einer Freiheitsstrafe erblicken, doch müßte im letzten Falle Erziehung die Regel, Strafe die Ausnahme bilden. Freiheitsstrafen gegen Jugendliche könnten nach seiner Auffassung auch durch den Aufenthalt in Heil- oder Erziehungsanstalten als vollzogen gelten, eine Ansicht, die von vielen bekämpft wird, die eine strikte Trennung der Strafmaßnahmen von denen zu Heil- oder Erziehungszwecken für notwendig halten.

Fürstenheim (6) unterscheidet bei den jugendlichen Angeklagten drei Gruppen. Die eine umfaßt die Angeklagten mit ernsterer krankhafter Beeinträchtigung der Geistestätigkeit, die zweite jugendliche Kriminelle mit leichten angeborenen oder erworbenen Defekten, die dritte die Gesunden. Auf die erste Gruppe ist meist der § 51 anzuwenden, zu ihr gehören z. B. jugendliche Epileptiker, Debile und Hysteriker, die unter Alkoholwirkung kriminell geworden sind. Bei der zweiten Gruppe handelt es sich meist um einen Erziehungsschaden auf dem Boden einer krankhaften Veranlagung, die hierher gehörenden Kriminalen tragen meist zahlreiche Degenerationszeichen und Zeichen psychopathischer Konstitution. Hier kann der § 51 nur unter besonderen Umständen angewandt werden. Eine besondere Gruppe bilden dann noch die Jugendlichen, bei denen mangels jeder Erziehung das tatsächliche Wissen um die Strafbarkeit einer Handlung fehlt oder nicht zur Geltung kommen kann. Diese besitzen nicht die notwendige Einsicht und sind deshalb nach § 56 zu exkulpieren.

Haymann (10) vermehrt die in der deutschen Literatur nicht allzu häufig beschriebenen Fälle von Selbstanzeigen Geisteskranker durch einige Beispiele. Er unterscheidet Selbstanzeigen Geisteskranker infolge Störung des Bewußtseins, Störung des Affektlebens und Störung der Denkprozesse. Von den interessanten Fällen, die *Haymann* mitteilt, zeigt besonders der zweite, wie schwer



es oft ist, bei Selbstanzeigen notorisch Geisteskranker die Schuldfrage zu klären. Ein Mann, der vor 4 Jahren der Brandstiftung beschuldigt und aus Mangel an Beweisen freigesprochen war, hatte einen Schädelbruch erlitten mit nachfolgender traumatischer Demenz. In diesem Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit bezichtigte er sich nun jenes Verbrechens, dessen er einst angeklagt war. Das neue Verfahren mußte aber wieder eingestellt werden, weil der Mann geisteskrank und nicht verhandlungsfähig war, so daß die Schuldfrage nach wie vor ungeklärt blieb. Auch in dem fünften Falle lagen ähnliche Schwierigkeiten vor, diesmal handelte es sich um einen von Jugend auf pathologischen Menschen, der an Pseudologia phantastica und wahrscheinlich auch an Epilepsie litt und sich des Verrats militärischer Geheimnisse bezichtigte. Hier konnte nur eine genaue Beobachtung die Wahrscheinlichkeit eines pathologischen Ursprungs der Selbstanzeige erbringen. Der Mann wurde deshalb und aus Mangel an Beweisen freigesprochen.

A. Leppmann (22) teilt einen interessanten Fall von falscher Selbstbezichtigung mit. Ein junger Mann hatte sich der Urkundenfälschung und Unterschlagung bezichtigt, war verurteilt, hatte seine Strafe verbüßt und betrieb danach das Wiederaufnahmeverfahren, weil er unschuldig verurteilt wäre. Er hätte in Wirklichkeit keine der Straftaten begangen. *L.* kam auf Grund seiner Nachforschungen zu dem Gutachten, daß der Verurteilte zur Zeit der Anklage geisteskrank gewesen wäre, und daß es nicht ausgeschlossen sei, daß er sich infolge krankhafter geistiger Vorgänge zu Unrecht falsch bezichtigt hätte. In der Wiederaufnahmeverhandlung stellte sich heraus, daß der Angeklagte den größten Teil der in Frage kommenden Straftaten unmöglich begangen haben konnte, und er wurde als unschuldig freigesprochen.

Ein 17 jähriger Kaufmannslehrling, dessen Krankengeschichte *Juliusburger* (17) mitteilt, war nach einer Szene mit seiner Mutter, die ihm übertriebene Vorwürfe machte, in der darauf folgenden Nacht plötzlich mit der Vorstellung erwacht, er hätte gestohlen. Er benahm sich am anderen Morgen etwas anders als sonst, ohne gerade aufzufallen, ging aber nicht ins Geschäft, sondern schrieb Briefe an seinen Handlungsherrn, in denen er sich selbst bezichtigte, an seine Mutter, er befände sich auf einer Geschäftsreise, und fuhr dann zu Verwandten, die ihn festhielten. Am Abend kehrte die richtige Orientierung wieder zurück, die Dauer der Psychose währte also kaum 24 Stunden. Die in diesem Zustande geschriebenen Briefe zeigten die Flüchtigkeit manischer Briefe, und die Schriftzüge waren von denen, die der Patient im normalen Zustande schrieb, deutlich verschieden.

Wagner von Jauregg (34), der den Zurechnungsunfähigkeitsparagraphen im österreichischen Strafgesetzentwurf kritisiert, sieht als wesentliche Vorzüge der Neufassung dieses Paragraphen an, daß er eine zeitgemäße Nomenklatur der die Zurechnungsfähigkeit ausschließenden geistigen Störungen einführt, und daß er, wenigstens in der Theorie, die ärztlichen von den richterlichen Kompetenzen abgrenzt. Auch daß die strafausschließende Wirkung geistiger Störungen von ihrer Art und ihrem Grad abhängig gemacht und die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit in Beziehung auf die konkrete Tat gefordert wird, erscheint ihm als wesentlicher Fortschritt.



III. Kriminal-Anthropologie und -Psychologie.

1. *Behrend*, Gewohnheitsverbrecher in England. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 8, H. 5, S. 290 ff.
2. *Bell, Clark* (New York), Drunkenness as a defence for homicide. The alienist and neurologist vol. 32, no. 2, p. 315.
3. *Birnbaum*, Die krankhafte Willensschwäche und ihre Erscheinungsform. Wiesbaden, Bergmann. 75 S. (S. 51*.)
4. *Birnbaum, K.*, Einige wichtige Gesichtspunkte für die strafrechtliche Beurteilung konstitutionell-psychopathischer Personen. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 7, H. 10, S. 606. (S. 51*.)
5. *Buchbinder* (Lahr in Baden), Einige nach epileptischen Krampfanfällen beobachtete körperliche Veränderungen vorübergehender Art. Beitrag zur gerichtsärztlichen Diagnose epileptischer Krampfanfälle. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. Bd. 41, H. 2, S. 263. (S. 52*.)
6. *Del Greco, F.*, La mentalità criminala. Rivista di psicologia applicata 7 an., no. 5, p. 356.
7. *Deroubaix* (Froidmont), Tentative d'assassinat; délire de jalousie et épilepsie. — rapport médicolégal. Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique, février, no. 154, p. 73.
8. *du Lac, A.*, Une mercuriale belge. Arch. d'anthropol. crim. p. 119.
9. *Fehlinger, H.*, Ist Alkoholismus eine Ursache der Entartung? H. Groß' Archiv Bd. 41, H. 3 u. 4, S. 302 ff.
10. *Filassier*, Dégénéré épileptique: syndrome episodique; idées de persécution, dépression mélancolique; vertige, importance médico-légale. Revue de médecine légale no. 6, p. 161.
11. *Fomenko, B. P.* (St. Petersburg), Über Mandschurische Taschinen. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. 13, Nr. 26, S. 255.
12. *Fursac, J. R. de*, Observation d'un mythomane; contribution à la médecine légale de la mythomanie. Revue de Psych. T. 15. Nr. 11, p. 465.
13. *v. Gruber* und *Rüdin*, Fortpflanzung, Vererbung, Rassenhygiene. 178 S. 3 M. München, Lehmann. (S. 52*.)
14. *Gruhle, H.* (Heidelberg), Beitrag zum Studium der Kriminalität

Jugendlicher. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 8, H. 1, S. 17. (S. 49*.)

15. *Gudden*, *Hans*, Die Behandlung der jugendlichen Verbrecher in den Vereinigten Staaten von Nordamerika. Friedreichs Bl. H. 1, 2 (ref. diese Ztschr. Jahrg. 1911, Literaturbericht S. 28*).
16. *Gudden*, *Hans*, Diebstähle infolge von Zwangsvorstellungen. Friedreichs Bl. f. gerichtl. Med. H. 6. (S. 49*.)
17. *Hahn*, *R.*, Beitrag zur Wertung des Charakters bei der forensischen Begutachtung eines Geisteskranken. Ärztl. Sachv.-Ztg. 1911, Nr. 2, S. 1 ff. (S. 54*.)
18. *Haury*, La médecine légale au congrès des aliénistes et neurologistes. Arch. d'anthrop. crim. p. 192.
19. *Heine*, *Siegfried* (Dalldorf), Die forensische Bedeutung der Amnesie. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. Juli 1911, H. 3, S. 51. (S. 53*.)
20. *Heinicke*, *W.*, Über die Anfänge geistiger Störungen bei Strafgefangenen. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 8, H. 5, S. 276 ff. (S. 51*.)
21. *Hellwig*, *A.* (Berlin-Friedenau), Volkskundliches und Kriminalpsychologisches aus dem Prozeß der Giftmörderin Gesche, Margarete Gottfried. H. Groß' Archiv Bd. 41, H. 1 u. 2, S. 54.
22. *Hoppe*, *Hugo*, Ist Alkoholismus eine Ursache der Entartung? H. Groß' Archiv Bd. 45, H. 1 u. 2, S. 144 ff.
23. *Hotter*, *C.*, Alkohol und Verbrechen in Niederbayern. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 8, H. 4, S. 228 ff. (S. 50*.)
24. *Huwald*, *W.*, Über die forensische Bedeutung der Familienähnlichkeit. H. Groß' Archiv 1911 Bd. 41, H. 1 u. 2, S. 1—41. (S. 52*.)
25. *Huwald*, *Walter*, Über die forensische Bedeutung der Familienähnlichkeit. Inaug.-Diss. Berlin.
26. *Icard*, *S.*, Procédé pour marquer d'un signe indélébile et non infamant les professionnels du crime. Arch. d'anthropol. crimin. p. 30.
27. *Janet*, *P.*, La Kleptomanie et la dépression mentale. Journ. de psychol. normal et pathol. no. 2, p. 97.

28. *Jassny, A.*, Zur Psychologie der Verbrecherin. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik 42—90.
29. *Laeassagne*, Responsabilité pénale et folie (Étude médico-légale). Paris, Librairie Félix Algan, ancienne librairie Gama Baillière et Comp., 1911, p. 1 ff.
30. *Lacaze*, De la criminalité féminine en France. Arch. d'anthrop. crimin. 26—449.
31. *Laquer, L.* (Frankfurt a. M.), Über die Schädlichkeit kinematographischer Veranstaltungen für die Psyche des Kindesalters. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 11, S. 221. (S. 49*.)
32. *Léale, H.*, Les qualités du juge au criminel. Arch. d'anthrop. crimin. 26—369.
33. *Lentz, F.* (Tournai), Vol à l'étalage, rapport médico-legal. Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique, juin, no. 156, p. 211.
34. *Liebermann von Sonnenberg*, Zwei Fälle von Besudelung. H. Groß' Archiv Bd. 43, H. 3 u. 4, S. 281 ff. (S. 53*.)
35. *Linke, A.* (Lüben), Zum Verlauf chronischer Psychosen beim Verbrecher. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. 13, Nr. 16, S. 149. (S. 53*.)
36. *Lohmann, Otto*, Kriminalstatistische Mitteilungen. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 7, H. 10, S. 616 ff.
37. *Louveaux* et *Claus, A.* (Anvers), Tentative d'homicide, rapport médico-légal. Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique, février, no. 154, p. 42.
38. *Lückerath, M.* (Bonn), Über Degenerationspsychosen bei kriminellen Geisteskranken. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 3, S. 45—48. (S. 50*.)
39. *Mac Phail, H. D.* (Newcastle-on-Tyne), A case of moral insanity with Pyromania. Journ. of ment. science vol. 57, no. 236, p. 124.
40. *Makino, E.*, Der Rückfall nach der japanischen Kriminalstatistik. H. Groß' Archiv Bd. 43, H. 3 u. 4, S. 323 ff. (S. 54*.)
41. *Maxwell*, L'action psychologique des peines. Arch. d'anthrop. crimin. p. 47.
42. *v. Mayr, Georg*, Kriminalstatistik und „Kriminalätiologie". Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 8, H. 6 u. 7, S. 333 ff.



43. *Meyer, E.*, und *Puppe, G.*, Über gegenseitige Anziehung und Beeinflussung psychopathischer Persönlichkeiten. Sonderabdruck aus der Vjhrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen, 3. Flg., Bd. 43, H 1, S. 1 ff. (S. 53*.)

44. *Mönkemöller, O.* (Hildesheim), Zur Kriminalität des Kindesalters. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik Bd. 40, H. 3 u. 4, S. 246. (S. 48*.)

45. *Näcke, P.* (Hubertusburg), Biologisches und Forensisches zur Handschrift. Neurol. Zentralbl. Nr. 12, S. 642.

46. *North, Ch. H.* (Dannemora, N.-Y.), Insanity among adolescent criminals. Americ. journ. of insan. vol. 67, no. 4, p. 677.

47. *Papadaki, A.*, L'aliénation mentale d'un prisonnier. L'Encéphale no. 6, p. 67.

48. *Régis* (Bordeaux), Déséquilibration mentale et divorce. Affaire Par...-Rapport médico-légal. Jugement. Ann. méd.-psychol. tome 40, IV, 1, p. 59.

49. *Rémond, A.*, et *Voivenel, P.*, Considérations sur la criminalité infantile. Progr. méd. no. 7.

50. *Richter, H.*, Ein Beispiel für hereditäre Belastung. H. Groß' Archiv Bd. 43, H. 3 u. 4, S. 303 ff. (S. 52*.)

51. *Robertson, G. M.*, Some medico-legal and practical considerations relating to melancholia. The British med. journ. 8. IV. 1911

52. *Rogues de Fursac*, Une observation d'un mythomane. Contribution à la médecine légale de la mythomanie. Revue de Psych. no. 11, p. 465.

53. *Rupprecht*, Strichjungen. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 8, H. 4, S. 221 ff.

54. *Rupprecht, K.* (München), Kindlicher Schwachsinn und Straffälligkeit Jugendlicher. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 48, H. 3, S. 881. (S. 50*.)

55. *Rupprecht* (München), Jugendliche Sexualverbrecher. Friedreichs Bl. f. gerichtl. Med. Bd. 42 H. 4. (S. 49*.)

56. *Rupprecht* (München), Straffällige Jugend und psychopathische Minderwertigkeit. Münch. med. Wschr. Nr. 14, S. 742. (S. 48*.)

57. *Salgó, J.*, und *Obersteiner, H.*, Willensentschließung und Rechtspraxis. Der Geisteskranke und das Gesetz in Österreich.



Jur.-psych. Grenzfr. 42 S. 1 M. Halle 1911, C. Marhold. (S. 52*.)

58. *Schilling, F.*, Der Selbstmord. Friedreichs Bl. f. gerichtl. Med. H. 3.
59. *Senf, M. R.* (Ronneburg), Zur Psychologie des Lustmörders. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 8, H. 5, S. 299.
60. *Sérieux, P.*, et *Libert, L.*, Les anormaux constitutionnels à la Bastille (interprétateurs, revendicateurs, fabulateurs). La chronique médicale no. 19, p. 609—619.
61. *Sérieux, Paul*, et *Libert, Lucien*, La Bastille et ses prisonniers. Contribution à l'étude des asiles de sûreté. L'encéphale no. 7, p. 18; no. 8, p. 112; no. 9, p. 223.
62. *v. Schrenck-Notzing* (München), Über ein sexuelles Attentat auf eine Hypnotisierte. H. Groß' Archiv Bd. 43, H. 1 u. 2, S. 139. (S. 54*.)
63. *Schröder, P.* (Breslau), Das Fortlaufen der Kinder. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 8, H. 5, S. 257. (S. 48*.)
64. *Schütze, W.*, Kriminalistische Studien. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik 1911 Bd. 43, S. 174.
65. *Schütze, W.*, Fünfstündige Abschlachtung einer Geisteskranken durch ihren Mann und ihre 73 jährige Mutter. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik 1911 Bd. 42, S. 136. (S. 53*.)
66. *Sommer, Robert*, Kriminalpsychologie. Verhandl. d. Kölner Kongresses f. Kriminalanthrop. (S. 47*.)
67. *Stammer*, Vagabundentum in Amerika. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 8, H. 10, S. 635 ff.
68. *Stekel, W.*, Berufswahl und Kriminalität. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik Bd. 41, S. 268.
69. *Storfer, A. J.* (Zürich), Zur Sonderstellung des Vatermordes. 34 S. 1,50 M. Leipzig und Wien 1911, Franz Deuticke. (S. 53*.)
70. *Stransky, E.*, Das Affektdelikt. Allg. österr. Gerichtsztg. 1911. (S. 39*.)
71. *Straßmann, F.* (Berlin), Neurasthenischer Dämmerzustand. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 24, S. 493.

72. *Türkel, S.* (Wien), Der Einfluß der Lektüre auf die Delikte phantastischer jugendlicher Psychopathen. H. Groß' Archiv Bd. 42, H. 3 u. 4, S. 228. (S. 50*.)

73. *Türkel, S.* (Wien), Der Fall Hermann Hertzka. H. Groß' Archiv Bd. 41, H. 3 u. 4, S. 193.

74. *Veit, E.*, Über Kriminalität der Epileptiker. Epilepsia Bd. 2, S. 247. (S. 51*.)

75. *Viernstein* (Kaisheim), Ärztliche Untersuchungen an Kaisheimer Gefangenen. Münch. med. Wschr. Nr. 45, S. 2392. (S. 51*).

76. *Vigouroux, A.*, Un débile moral simulateur. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. no. 6, p. 214.

77. *Vigouroux, A.*, Un faux masochiste. Ann. méd.-psychol. T. 13. Jan. p. 83.

78. *Viollette, M.*, L'aliénation mentale cause de divorce. L'assistance 20e année, 11. série, p. 81.

79. *Vladoff, D.*, L'homicide en pathologie mentale. 379 p. 10 fr. Paris, Maloine.

80. *Voß*, Beiträge zur Psychologie des Gattenmordes und Verwandtes. H. Groß' Archiv Bd. 41, H. 3 u. 4, S. 281 ff.

81. *Voß*, Mord oder Unfall? Ein Sieg der Lüge. Beitrag zur Psychologie des Kindermordes. H. Groß' Archiv Bd. 41, H. 3 u. 4, S. 319 ff.

82. *Wassermann, R.*, Ist die Kriminalität der Juden Rassenkriminalität? Ztschr. f. Demogr. u. Stat. der Juden S. 36.

83. *Wilhelm, Eugen* (Straßburg i. E.), Beseitigung der Zeugungsfähigkeit und Körperverletzung de lege lata und de lege ferenda. Die künstliche Zeugung beim Menschen und ihre Beziehungen zum Recht. Jur.-psych. Grenzfr. Bd. 7, H. 6 u. 7. Halle a. S. 1911, Carl Marhold. (S. 52*.)

Die Kriminalpsychologie ist nach *Sommer* (66) ein Teil der analytischen Psychologie, und zwar derjenige, der sich mit dem Studium der Personen beschäftigt, welche durch Rechtsverletzungen eine Gefahr für die soziale Gemeinschaft bilden. Sie führt zu einer systematischen Untersuchung der menschlichen Handlungen in bezug auf ihre Motive und den geistigen Zustand, aus dem sie entspringen; die strafrechtliche Handlung erscheint bei ihr als Ausdruck eines inneren Zustandes. Sie wird ergänzt durch soziologische Untersuchungen und Untersuchungen der Gesetze als Folge und Ausdruck von bestimmten, in der kulturellen Entwicklung eines Volkes gegebenen Momenten. Die allgemeine Kriminalpsychologie



umfaßt die Beschaffenheit der einzelnen geistigen Funktionen in Beziehung zur Kriminalität, die spezielle stellt bestimmte Gruppen aus dem Übergangsgebiet zwischen Psychiatrie und Strafrecht sowie eine Reihe rein krimineller Typen dar.

Mönkemöllers (44) Arbeit über die Kriminalität des Kindesalters beschäftigt sich eingehend mit allen den Ursachen, welche 586 Fürsorgezöglinge unter 14 Jahren in 10 Anstalten der Provinz Hannover frühzeitig auf den Weg des Verbrechens getrieben hatten. 73% von ihnen waren Straftaten nachgewiesen, psychische Defekte waren bei den Mädchen häufiger als bei den Knaben. Zum Schluß der sehr gründlichen Arbeit wirft der Verfasser die Frage auf, ob die Defekten überhaupt der Fürsorgeerziehung überwiesen werden dürfen und kritisiert die heutige Ausführung der Fürsorgeerziehung. Die Einrichtung von Zwischenanstalten für geistig defekte F.-Z. hielt er für wünschenswert.

Das Fortlaufen und Fortbleiben von Hause hat bei Jugendlichen und Kindern nach *Schröder* (63) verschiedene Ursachen. Es kann Epilepsie zugrunde liegen, dann kommt es zu richtigen plan- und ziellosen Wanderungen, es kann sich einfach um psychopathische, moralisch minderwertige Kinder handeln, dann beobachtet man einfaches Umhertreiben auf der Straße oder es handelt sich um jugendliche Phantasten, diese stellen die Gruppe der Ausreißer, Durchbrenner und jugendlichen Abenteurer. Die erstgenannte Gruppe sind Kranke, die man entsprechend behandeln muß. Beobachtet man ihre Verstimmungen genau, so läßt sich das Fortlaufen verhindern. Die zweite Gruppe gibt eine ungünstige Prognose. Ihre angeborenen Defekte lassen sich weder durch Behandlung noch Erziehung bessern. Die Jugendlichen der dritten Gruppe können dagegen sehr brauchbare Menschen werden. Ihre Abenteuerlust vergeht meist mit fortschreitender Reife.

Über straffällige Jugend und psychopathische Minderwertigkeit verbreitet sich der Münchener Jugendstaatsanwalt *Rupprecht* (56), dem die zahlreichen von Psychiatern während zweier Jahre im Strafverfahren gegen Jugendliche gemachten Beobachtungen und erstatteten Gutachten zur Verfügung stehen. Er unterscheidet drei Gruppen von Straffälligen, nämlich die Imbezillen, die Hysterischen und die Psychopathischen. Nur den letzteren, speziell den psychopathisch Minderwertigen gelten seine Ausführungen. Die psychopathische Minderwertigkeit ist keine Geisteskrankheit im Sinne des § 51 RStGB., sie stellt sich entweder als ein Defekt im Willen oder als ein Mangel im Intellekt oder als eine Verbindung beider Erscheinungen dar. Äußere Degenerationszeichen treten nur selten auf. Der Mangel im Intellekt äußert sich in der Regel in einem allgemeinen Zurückbleiben hinter der Durchschnittsnorm des jeweiligen Alters, er muß aber immer noch ein verantwortliches Handeln zulassen, sonst liegt Imbezillität vor, auf die die Voraussetzungen des § 51 RStGB. zutreffen. Schwieriger feststellbar sind die Defekte im Willen. Sie sind auf eine Reihe von Ursachen zurückzuführen, von denen erbliche Belastung, Erziehungsfehler, Entwicklungsmängel und insbesondere die beginnende Pubertät die wichtigsten sind. An Stelle der Willenshandlungen treten durch Ausschaltung oder Herabsetzung der Hemmungsmöglichkeit Triebhandlungen. Mit einer übertriebenen Steigerung des Selbstgefühles geht eine Minderung, wenn nicht gar der Verlust der Achtung vor fremden Rechten



Hand in Hand. Die überwiegende Mehrzahl der minderwertigen Jugendlichen sind Knaben. Ob die psychopathische Veranlagung die Verletzung bestimmter Rechtsgüter (Eigentum, körperliche Integrität, Geschlechtsehre) fördert, oder ob umgekehrt diese Rechtsgüter den psychopathischen Jugendlichen besonders zum Angriff reizen, oder ob er die Straftat gleich normalen Jungen je nach Gelegenheit und innerem Anreiz begeht, läßt sich nach den bisherigen Erfahrungen nicht mit Sicherheit feststellen. Sittlichkeitsverbrechen an Kindern wurden von normalen und imbezillen Jugendlichen begangen, nur in einem Falle ließ sich psychopathische Minderwertigkeit feststellen. Zwei zur Anzeige gelangte Fälle von Exhibitionismus wurden von verblödeten Geisteskranken verübt. Jugendliche, die sich nach § 175 RStGB. verfehlt haben, waren in keinem Falle Psychopathen; das Motiv der Straftat war meist Verführung oder Gewinnsucht, nicht innerer Drang. Das von Psychopathen weitaus am häufigsten begangene Delikt ist der Diebstahl. Da aber dieses Vergehen zugleich das typische Jugenddelikt ist, so ist die Häufigkeit seines Erscheinens beim minderwertigen Jugendlichen keine Besonderheit. Die Ausführungen *Rupprechts*, die durch Beispiele aus der Praxis ergänzt werden, klingen in den Wunsch aus, daß die in Erziehungsanstalten untergebrachten Zöglinge rechtzeitig einer psychiatrischen Untersuchung unterstellt werden, und daß Anstalten errichtet werden, in denen die psychopathischen Elemente von den normalen Zöglingen getrennt werden können, da auch bei den Minderwertigen noch Erziehung möglich ist, aber Erziehung in anderer Form und mit anderen Mitteln als bei den normalen Jugendlichen. (*M. Kaiser*-München.)

Eine sehr eingehende Studie über die Kriminalität von 85 Jugendlichen, die dem Jugendgericht in Mannheim vorgeführt wurden, bringt *Gruhle* (14). Hervorzuheben ist namentlich, daß die Kriminalität sich bei verschiedenen Volksstämmen verschieden gestaltet, wie namentlich Vergleiche des Mannheimer mit dem Frankfurter Material (*Polligkeit*) zeigen.

Die Sexualdelikte Jugendlicher gleichen nach den Erfahrungen *Rupprechts* (55) auffallend den Unzuchtshandlungen alternder Männer. Die Einsichtsfrage ist gerade bei den Triebhandlungen auf sexueller Basis häufig schwer zu beantworten. Die Hinzuziehung eines Psychiaters und des Lehrers läßt sich nur selten umgehen. Von rund 1000 Anzeigen gegen jugendliche Personen betrafen 33 Verbrechen im Sinne des § 176 und § 177 des StGB. 17 wurden angeklagt, in 16 Fällen wurde das Verfahren eingestellt. Die Mehrzahl der Verurteilten war vollsinnig, bei den übrigen Angeklagten bestand eine psychopathische Minderwertigkeit, bei der bedingte Begnadigung angebracht ist. In anderen Fällen fehlte die Einsicht oder ein Schwachsinn führte zur Freisprechung. Die eingestreute kurze Kasuistik ist lesenswert. Schließlich rät Verf. zur Vorsicht, wenn der Jugendliche gegenüber den alleinigen Belastungsaussagen des angegriffenen Mädchens die Tat in Abrede stellt; die Glaubwürdigkeit des Mädchens bedarf einer genauen Prüfung. (*Ernst Schultze*-Greifswald.)

Den üblen Einfluß, den die Kinematographentheater auf die kindliche Psyche ausüben können, demonstriert der von *Laquer* (31) mitgeteilte Fall, in dem ein aus ärmlichem, aber sittlich einwandsfreiem Milieu stammender Knabe, der







allerdings schon früher Neigung zu verbotenen Handlungen gezeigt hatte, einen Taschendiebstahl auf offener Straße beging. Er hatte kurz vorher die Darstellung eines solchen Diebstahls im Kientopp gesehen und es dem Helden des Stückes gleich tun wollen.

Türkel (72) schildert zwei Degenerierte, die durch die Lektüre von Schundliteratur zu Verbrechern geworden waren. Der unheilvolle Einfluß dieser Literatur auf die psychisch Minderwertigen wird durch die mitgeteilten Fälle deutlich demonstriert.

K. Rupprecht (54) sieht die Hauptaufgaben der Jugendgerichte in der Bestrafung der Jugendlichen und in der Fürsorge für die noch Besserungsfähigen. Der Jugendrichter, der diese beiden Forderungen erfüllen will, steht deshalb vor der Notwendigkeit, sich eingehender, als es sonst geschieht, mit der Individualität des Täters zu beschäftigen, und dabei ist der Psychiater sein bester und unentbehrlicher Berater. Während der Jahre 1909 und 1910 hat *Rupprecht* alle Strafverfahren gegen Jugendliche in München bearbeitet, und er hat beobachtet, daß der Schwachsinn, die Psychopathie und die Hysterie die größte Rolle unter den geistigen Anomalien spielt, welche den Straftaten Jugendlicher zugrunde liegen können. Eltern und Schule sind nur selten in der Lage, diese Anomalien zu erkennen, auch der Polizei und den Vormundschaftsgerichten entgehen sie. Deshalb fällt dem Psychiater die Hauptarbeit bei ihrer Feststellung zu, und da es sich hierbei um eine der wichtigsten Aufgaben der Psychiatrie handelt, sind deren Vertreter verpflichtet, ihre besten Kräfte in den Dienst der guten Sache zu stellen.

Hotter (23) weist auf die traurigen, aber leider recht engen Beziehungen hin, die in Niederbayern zwischen Alkohol und Verbrechen bestehen. In Straubing wurden 1900—1909 207 Fälle von Totschlag oder Körperverletzung mit Todeserfolg abgeurteilt. Von 208 getöteten Personen mußten 131 = 63 % an Sonn- und Feiertagen ihr Leben lassen, 175 Todesfälle = 84% kamen auf die Wirtshäuser, überhaupt waren 187 = 90,3% dem Alkohol in Rechnung zu setzen, während nur 9,7% der Delikte von nüchternen Leuten begangen wurden.

Von 200 Geisteskranken, die aus der Untersuchungshaft und aus dem Strafvollzuge überwiesen waren, und von *Lückerath* (38) untersucht wurden, gehörte ein Drittel zu den Degenerationspsychosen. Die meisten waren erblich belastet, besaßen eine ihrem Stande entsprechende Bildung, zeigten aber schon seit der Kindheit degenerative Züge. Die erste Strafe lag bei den meisten zwischen dem 15 und 25., der Ausbruch der Psychose zwischen dem 20. bis 30. Lebensjahr. Übertreibung war häufig, Simulation selten. Es handelte sich bei dem *L.*schen Material um drei Gruppen: Degenerierte mit psychogenen Erregungszuständen, Degenerierte mit Psychosen vom Bilde des *Ganser*schen Symptomenkomplexes und um degenerierte mit paranoiden Zustandsbildern. Dies ist die wichtigste von allen Gruppen, die sich übrigens kombinieren können. Allen gemeinsam ist der degenerative Einschlag, und sie unterscheiden sich durch progressive Wahnbildung, die von äußeren Umständen abhängig ist und durch sie beeinflußt werden kann (Labilität der degenerierten Psyche) und nicht zur Verblödung führt, von den Psychosen nicht Degenerierter. Für die Diagnose ist es wichtig, den ganzen



Lebensgang ins Auge zu fassen und die Entwicklung der Persönlichkeit. Die Prognose ist günstig, die meisten können dem Strafvollzug zurückgegeben werden.

Die Besonderheit der Grenzfälle mit ihrer pathologischen Charakteranlage fordert nach *Birnbaum* (4) besondere Berücksichtigung einiger Punkte bei ihrer forensischen Beurteilung. Das erste betrifft die Feststellung eines abnormen Gefühlslebens bei solchen Personen, der zweite die Berücksichtigung des raschen Wechsels, der Labilität ihres Geisteszustandes, drittens muß man das Verhältnis der Strafhandlung zur psychischen Eigenart des Täters berücksichtigen.

Birnbaum (3) erörtert zunächst allgemein den Begriff Wille und Willensschwäche, ihre Grundlagen und ihre Äußerungen. Sodann befaßt er sich mit der pathologischen Willensschwäche bei einzelnen Krankheiten und bei verkehrter Erziehung. Die für den Juristen sehr wissenswerten Erscheinungen der Willensschwäche bei den psychischen Grenzzuständen werden eingehend erörtert, ebenso die bei Geisteskranken und Schwachsinnigen bei Alkoholisten und Morphiumsüchtigen vorkommenden Formen.

Von den Ergebnissen der eingehenden Untersuchungen, welche *Viernstein* (75) an den Züchtlingen zu Kaisheim gemacht hat, ist besonders bemerkenswert die Ziffer der Belasteten (mit Geisteskrankheit und Alkoholismus etwa 40%, mit Tuberkulose etwa 25%) und der früh kriminell Gewordenen. Von 215 Untersuchten waren 118 vor dem 18. und von diesen 118 wieder 55, also die Hälfte, vor dem 18. Lebensjahre mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. Die überwiegende Zahl der Züchtlinge war körperlich schwächlich und mit allerhand Gebrechen behaftet, Geisteskranke fanden sich selten, Psychopathen sehr häufig unter ihnen, namentlich Debile und moralisch Imbezille, aber auch alle anderen Formen.

Heinicke (20) schildert einige der häufigsten Formen psychischer Erkrankung in der Haft. Die anschauliche Darstellung wird Strafanstaltsbeamten und allen, die mit dem Strafvollzug zu tun haben, ein willkommener Behelf zur Erkennung psychischer Abnormitäten bei Strafgefangenen sein.

Über die Beziehungen zwischen Epilepsie und Verbrechen macht *Veit* (74) auf Grund von Untersuchungen am Wuhlgartener Krankenmaterial folgende Angaben. Von 687 epileptischen Männern waren 320, von 499 Frauen 30 und von 87 Kindern 5 bestraft, während in den Anstalten Dalldorf, Buch und Herzberge sich unter 2231 Männern nur 860 und unter 1817 Frauen 106 fanden, die mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen waren. Die meisten Verbrechen und Vergehen waren von den Alkoholepileptikern begangen. 70 von 128 Alkoholepileptikern waren mehr als 10 mal bestraft, aber auch 20, 30 und 40 mal Bestrafte fanden sich darunter. Sehr häufig war bei allen Epileptikern Diebstahl und Unterschlagung, Arbeitsscheu, Obdachlosigkeit und Betteln, Körperverletzung, Beleidigung und Widerstand, dagegen fanden sich wenig Sittlichkeitsverbrecher unter ihnen. Die Fürsorgezöglinge bildeten auch unter den Wuhlgartener Pfleglingen eine besonders unangenehme Gruppe, ihnen nahe standen die Affektepileptiker in bezug auf Kriminalität. Verblödete Epileptiker werden auch nicht selten zu Werkzeugen gesunder Verbrecher. Zwei Kriminelle, die im übrigen geisteskrank waren, versuchten Anfälle zu simulieren, also eine verschwindende Zahl gegen den



Bestand von 1285. Alles in allem werden die Epileptiker sehr häufig und sehr früh straffällig, die Alkoholepileptiker stehen inbezug auf Kriminalität an der Spitze. Die gefährlichsten Verbrechen werden nicht von Leuten mit vielen und schweren Anfällen begangen, sondern von solchen, die hauptsächlich an psychischen, epileptischen Veränderungen und selten an Krämpfen leiden.

Von vorübergehenden körperlichen Veränderungen nach epileptischen Krampfanfällen beobachtete *Buchbinder* (5) mehrfach Fieber bis 39,5°, das in einem Falle so lange anhielt, wie ein postparoxysmaler Verwirrungszustand und nicht selten bei verhältnismäßig niedriger Pulszahl (60 bei 38°) auftrat. Es trat auch öfter nach Einzelanfällen auf; einmal, im sekundären Stadium der Syphilis, trat Fieber mit einer Serie von Krampfanfällen auf und verschwand nach spezifischer Kur ebenso wie die Krämpfe dauernd. Beulen fanden sich am Hinter- und Vorderkopf gleich häufig, selten Kratzwunden im Gesicht, ein Musketier bekam vom Kragen eine Schnürfurche, als der Hals im Anfall schwoll. Ekchymosen finden sich oft besonders lange im Gehörgang und auf dem Trommelfell. Besonders interessant ist die Beobachtung B.s, daß die Pupillenreaktion nicht immer aufgehoben zu sein braucht, vielmehr abhängig ist von der Stärke der angewandten Lichtquelle, manchmal blieben die Pupillen während des ganzen Anfalls eng oder sie waren ungleich weit, fast immer kehrte die Lichtreaktion vor dem Bewußtsein wieder.

Der Arbeit von *v. Gruber* und *Rüdin* (13) sei hier kurz Erwähnung getan, da sie das Wichtigste und alles Neue auf dem Gebiete der Rassenhygiene enthält und die Bedeutung der Vererbung in helles Licht rückt.

Über die Nachkommen eines Trinkers berichtet *H. Richter* (50). Von 6 Kindern wurde der älteste Sohn Trinker und gefürchteter Schwerverbrecher, die Tochter Prostituierte, der dann folgende Sohn verfiel in späteren Jahren ebenfalls dem Trunke, er erschlug seine Frau und seinen idiotischen Sohn.

Huwald (24) faßt in einem sehr interessanten Artikel über die forensische Bedeutung der Familienähnlichkeit alles zusammen, was dem Gutachter an sicheren Merkmalen zur Beurteilung dieser Frage zur Verfügung steht. Mehr als ein Wahrscheinlichkeitsurteil kann man freilich heutzutage über diesen Punkt noch nicht abgeben. Es ist zu hoffen, daß uns die Zukunft weitere Aufschlüsse über die Frage bringt, die nicht selten große praktische Wichtigkeit erlangen kann. Man denke nur an den Kwilecki-Prozeß.

Die juristisch-psychiatrischen Grenzfragen bringen einige sehr interessante Abhandlungen, unter denen ich die von *Salgo* (57) über Willensentschließung und Rechtspraxis und die von *Obersteiner* (57) „der Geisteskranke und das Gesetz in Österreich in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft" besonders hervorheben möchte. Den Gerichtsarzt und den Juristen wird die eingehende Behandlung, die *Wilhelm* (83) der Beseitigung der Zeugungsfähigkeit angedeihen läßt, besonders interessieren, da ja in heutiger Zeit die Technik der Sterilisierung namentlich durch die Vasektomie große Fortschritte gemacht hat. Ein zweiter Artikel von *Wilhelm* (83) behandelt die künstliche Zeugung beim Menschen in ihrer Beziehung zum Recht, es wird vielleicht in Zukunft von praktischer Wichtigkeit werden.



A m n e s i e kann nach *Heine* (19) bei sehr verschiedenen Krankheitsformen vorkommen. Er teilt aus der Literatur (115 Nummern) einschlägige Fälle mit und kommt zu dem Resultat, daß Amnesie unter Umständen der einzige Hinweis auf vorhergegangene Bewußtseinsstörung sein kann. Sie ist wichtig für die Diagnose Dämmerzustand, darf aber wegen der Gefahr der Simulation nur in Gemeinschaft mit anderen Symptomen dafür verwandt werden. Handlungen im Zustande einfacher Amnesie sind nach § 51 straffrei, bedingen keine Verantwortlichkeit zum Schadenersatz nach § 827 BGB. und Willenserklärungen, die in einem solchen Zustande abgegeben sind, müssen als nichtig nach § 105 BGB. angesehen werden. Handlungen in einer Zeit, für die retrograde Amnesie besteht, sind in jeder Weise verantwortlich, Zeugenaussagen über Vorgänge, die in Zuständen einfacher oder retrograder Amnesie wahrgenommen sind, sind mit Vorsicht zu verwerten. Schwere Formen der anterograden Amnesie können auch die Testierfähigkeit aufheben, sowie die Identifikation von Personen erschweren.

Bei fortgesetzten B e s u d e l u n g e n darf man nicht ohne weiteres annehmen, daß sie von Geisteskranken ausgeführt sind. Manchmal besudeln auch Geistesgesunde ganz planmäßig Gegenstände oder Liegenschaften, um sich Vermögensvorteile zu verschaffen. Einen solchen Fall teilt *Liebermann von Sonnenberg* (34) mit, dem er einen zweiten hinzufügt, bei dem die Täterin allerdings psychopathisch gewesen zu sein scheint.

E. Meyer und *G. Puppe* (43) betrachten das Allensteiner Drama als das Resultat psychischer Infektion zwischen zwei psychopathischen Persönlichkeiten.

Linke (35) berichtet über einen psychopathischen und an chronischer Verrücktheit leidenden Verbrecher, der schon 5 mal nach Österreich ausgewiesen, dort in Anstaltsbehandlung genommen, aber immer bald wieder entlassen war und der sein Verbrecherleben von neuem aufgenommen hatte.

Den früher mitgeteilten Fällen von Diebstählen infolge Zwangsvorstellungen fügt *Gudden* (16) einen neuen Fall an. Er betrifft eine Dame der Gesellschaft, die in Geschäften Sachen entwendete (an einem Tage in nicht weniger als 5 Geschäften); sie wollte stehlen lernen, weil sie fürchtete, der österreichische Staat, bei dem sie ihr Geld angelegt hatte, könnte Bankerott machen. Freisprechung in der zweiten Instanz, entsprechend dem ärztlichen Gutachten. (*Ernst Schultze*-Greifswald.)

Ein Mann hatte in Gemeinschaft mit seiner Schwiegermutter seine hysterische Ehefrau auf deren Verlangen getötet und zwar hatte er sie vergeblich durch Erschießen, Erstechen und Pulsaderaufschneiden zu töten versucht, aber schließlich durch Erhängen vom Leben zum Tode gebracht. *Schütze* (65) macht an der Hand des Falles darauf aufmerksam, wie viel und wie schwere Verletzungen ein Mensch vertragen kann.

Storfers (69) kleine Schrift über die Sonderstellung des Vatermörders bringt viele entwicklungsgeschichtliche Angaben über die Grundlagen des V a t e r m o r d e s , schildert seine ökonomischen und psychologischen Wurzeln, wobei auch *Freud*sche Theorien herangezogen werden, und beschäftigt sich zum Schluß mit dem paricidium der Römer und der bei ihnen üblichen Tiersymbolik bei Bestrafung des Vatermörders.



Hahn (17) teilt das Gutachten über einen Erpresser mit, der außer einigen hysterischen Stigmen nichts Krankhaftes bot, bei dem die Tat aber in einem solchen Gegensatz zu seinem bisherigen Lebenswandel stand, daß dem Richter Bedenken aufstiegen, ob der Angeklagte zurechnungsfähig sei. Da die Handlung einem plötzlichen Impulse entsprungen war, hielt *H.* bei dem Vorhandensein hysterischer Stigmen die Möglichkeit einer krankhaften Störung der Geistestätigkeit für vorliegend. Das Gericht sprach den Angeklagten frei.

Eine tuberkulöse 20 jährige Bettnässerin war von ihrem Arzte mehrfach mit Hypnose zur Beseitigung der Enuresis behandelt und gestand eines Tages ihrem Beichtvater, daß der Arzt sie im Zustande der Hypnose geschlechtlich mißbraucht hätte. *Schrenck-Notzing* (62), der zur Begutachtung herangezogen wurde, gab sein Gutachten dahin ab, daß es sich in diesem Falle wohl mit Sicherheit um lascive Träume einer Tuberkulösen gehandelt hätte. Das Verfahren wurde eingestellt. Der Fall mahnt zur allergrößten Vorsicht gegenüber hysterischen und psychopathisch veranlagten Personen, die man, wenn überhaupt, nur in Gegenwart von Zeugen hypnotisieren und behandeln soll.

Die japanische Rückfallstatistik unterscheidet sich nach *Makino* (40) nicht von der europäischen, trotzdem Sitten, Gewohnheiten und wirtschaftliche Zustände hier und dort ganz verschieden sind. Die Zahl der Rückfälligen wächst in Japan mehr und mehr, die kurzen Freiheitsstrafen zeigen sich ihnen gegenüber machtlos. Bei den Jugendlichen hat sich Strafaufschub und Anklageaufschub — ein japanischer Rechtsusus — gut bewährt. Die Erfolge der Fürsorge für entlassene Jugendliche, die etwa unserer Fürsorgeerziehung entspricht, sind noch nicht eindeutig.

IV. Zivilrechtliche Psychiatrie. Psychologie der Aussage.

1. *Bolte* (Bremen), Geistesstörung bei Dercumscher Krankheit. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 1. (S. 57*.)
2. *Crasemann*, *Edgar*, Berufsvormundschaft und die volljährigen geistig Minderwertigen, unter besonderer Berücksichtigung des Schutzes der menschlichen Gesellschaft vor den Unsozialen. Mtschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsref. Jahrg. 8, H. 8, S. 465 ff. (S. 57*.)
3. *Keferstein*, Ablehnung der Entmündigung bei einem wegen chronischer Verrücktheit pensionierten Beamten. Ztschr. f. med. Beamte Jahrg. 24, Nr. 7. (S. 56*.)
4. *van Erp Taalman Kip*, *M. J.* (Arnheim, Holland), Ein Novum im Strafrecht. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 8, H. 3, S. 143. (S. 58*.)



5. *Lambranzi, R.*, In causa d'annullamento di matrimonio per impotenza virile funzionale. Rivista Sperimentale di Freniatria vol. XXXVII, p. 384—406.
6. *Mach* (Bromberg), Die Eheanfechtung und Ehescheidung wegen Geisteskrankheit seit Inkrafttreten des BGB. in Deutschland. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. Bd. 41, H. 2, S. 229. (S. 56*.)
7. *Maier, Hans W.*, Kasuistische Beiträge zur Psychologie der Aussage vor Gericht. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 8, H. 8, S. 480 ff. (S. 57*.)
8. *Pfeiffer, Hermann*, Ärztliches zur Ehereform. H. Groß' Archiv Bd. 42, H. 3 u. 4, S. 193 ff.
9. *Raecke* (Frankfurt a. M.), Entmündigung wegen Imbezillität. Friedreichs Bl. f. gerichtl. Med. (S. 55*.)
10. *Raecke* (Frankfurt a. M.), Aktengutachten über den Geisteszustand eines inzwischen verstorbenen Alkoholisten. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. Bd. 42, H. 1. (S. 57*.)
11. *Schouten, H. J.*, Ein wegen Zeugenaussage merkwürdiger Fall aus der alten niederländischen Kriminalgeschichte. H. Groß Archiv Bd. 41, H. 1 u. 2, S. 67 ff.
12. *Seidel, Johannes*, Kinder als Zeugen im Strafprozeß. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 7, H. 11/12, S. 679 ff. (S. 58*.)
13. *Sturm*, Zur Lehre vom psychologischen Beweise im Zivil- und Strafverfahren. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 8, H. 9, S. 566 ff. (S. 58*.)
14. *Tamburini, A.*, Questioni medico-forensi relative alla Paralisi generale progressiva specialmente in relazione alla capacità di testare. Rivista Sperimentale di Freniatria vol. XXXVII, p. 456—480. (S. 57*.)
15. *Thomalla, R.*, Eine merkwürdige Entmündigung. Ztschr. f. med. Beamte Jahrg. 24, Nr. 13. (S. 56*.)
16. *Varendonck, M. J.*, Les temoignages d'enfants dans un procès rotentissant. Arch. de Psycholog. 1911 Bd. 11, S. 29.

Raecke (9) hebt hervor, daß die berechtigte Forderung *Cramers*, man sollte alle schwachsinnigen Fürsorgezöglinge bei Eintritt der Volljährigkeit entmündigen, häufig deshalb unerfüllt bliebe, weil die zur Begutachtung



herangezogenen Ärzte außerstande wären, die Symptome leichteren Schwachsinns gerade richtig zu erkennen und in ihren Folgen für dieGeschäftsfähigkeit zu würdigen. Er teilt dann ein Gutachten über eine schwachsinnige 21 jährige Person mit, die überall gescheitert war und lebhafte unsoziale Neigungen hatte. Er kam im Gegensatz zu den Vorgutachten zu der Ansicht, daß die Person geistesschwach im Sinne des § 6 des BGB. wäre. Die abweichenden Anschauungen der Vorgutachter wären dadurch zustande gekommen, daß sie sich durch die verhältnismäßig guten Gedächtnisleistungen der Person darüber hatten täuschen lassen, daß bei ihr große Mängel der Urteilsfähigkeit bestanden.

Thomalla (15) wurde in einem Anfechtungsverfahren gegen Entmündigung als Sachverständiger gehört. Es handelte sich um ein 21 jähriges Mädchen, einen früheren Fürsorgezögling, der sich nach der Entlassung aus der Fürsorgeanstalt gut geführt hatte und keine Spur von Schwachsinn aufwies, während ein Zeugnis des Anstaltsarztes sie für schwachsinnig erklärt hatte. Die Entmündigung wurde aufgehoben. *Th.* verlangt unter Hinweis auf den Fall, daß zu Entmündigungsgutachten nur unabhängige und entsprechend vorgebildete Ärzte als Gutachter herangezogen werden sollten.

Ein Staatsbeamter, der seinen Dienst immer einwandsfrei getan hat, mußte wegen Paranoia pensioniert werden, da ihm als Geisteskranken die Verantwortlichkeit für seine Handlungen fehlte. Ein von der Staatsanwaltschaft eingeleitetes Verfahren auf Entmündigung kam nicht zum Abschlusse. Denn wie *Keferstein* (3) mitteilt, wurde festgestellt, daß der Untersuchte zwar geisteskrank wäre, aber trotzdem den größten Teil seiner Angelegenheiten zu besorgen vermöchte.

v. Mach (6) gibt eine Zusammenstellung von Entscheidungen der Gerichte auf dem Gebiete der Eheanfechtung und Ehescheidung wegen Geisteskrankheit seit Inkrafttreten des BGB., er bringt auch die einschlägigen Gesetzesparagraphen mit Kommentaren der juristischen und medizinischen Begriffe. Der Ausfall der einzelnen Entscheidungen war im wesentlichen von der Auslegung des Begriffes „geistige Gemeinschaft" abhängig und deshalb keineswegs gleichartig. Die einen verlangten zur Aufhebung der geistigen Gemeinschaft „völligen geistigen Tod" des kranken Ehegatten, die anderen, und das ist die Mehrzahl, bestritten, daß dieser Grad der Störung notwendig wäre, doch stimmten fast alle Entscheidungen darin überein, daß das bloße Bewußtsein von dem Bestehen des ehelichen Bandes noch keine geistige Gemeinschaft bedeute. Eine Entscheidung sprach sich auch dahin aus, daß die bloße Möglichkeit einer Besserung der Psychose nicht genüge, um eine Ehe weiter bestehen zu lassen, es müssen vielmehr reale Anhaltspunkte vorhanden sein, aus denen man auf die Möglichkeit einer baldigen Besserung schließen kann. Diese Entscheidung ist vom Reichsgericht aufgestellt. Der § 1586, aus dem die Möglichkeit einer Ehescheidung wegen Trunksucht hergeleitet werden kann, leistet nicht das, was im medizinischen Sinne vom BGB. für die Ehegatten und für die Nachkommenschaft gefordert werden muß. Zur Ehescheidung ist erforderlich, daß die Trunksucht beharrlich und z. Z. der Klageerhebung vorhanden gewesen ist, außerdem muß der Trunksüchtige für die Zerrüttung der Ehe durch



seine Trunksucht verantwortlich sein. Bei angeborener Minderwertigkeit ist dies z. B. nicht der Fall und die Ehe kann nicht geschieden werden.

Crasemann (2) wünscht für ganz Deutschland eine allgemeine, staatliche Berufsvormundschaft für die geistig Minderwertigen, die sich im Leben nicht behaupten können, um ihrer selbst willen oder im Interesse der Gesellschaft einer besonderen, sachgemäßen Aufsicht bedürfen. Zur Einsetzung einer solchen Vormundschaft für die geistig Minderwertigen genügt vollkommen § 6 BGB., die Überweisung solcher Entmündigten muß stets an die Berufsvormundschaften erfolgen, zu deren Organisation *Cr.* ausführliche Vorschläge macht.

Ein sehr instruktives Aktengutachten über den Geisteszustand eines verstorbenen Alkoholisten veröffentlicht *Raecke* (10). Er betont, daß ein derartiges Gutachten zu den schwierigsten und undankbarsten Aufgaben der forensischen Psychiatrie gehört. Die in den Akten enthaltenen Zeugenaussagen sind oft wertlos, weil sie zu unbestimmt sind oder oft einander widersprechen. Es ist deshalb oft unmöglich, den Nachweis einer geistlichen Störung, und auf diesen kommt es an, wenn es sich um die Giltigkeit eines Rechtsgeschäfts handelt, zu führen, und wenn das gelingt, so ist oft der zweite notwendige Nachweis, nämlich daß die geistige Störung so hochgradig war, daß sie die freie Willensbestimmung ausschloß, unmöglich. Gerade bei diesen Gutachten ist es besonders notwendig, daß der Sachverständige zum Ausdruck bringt, auf Grund welcher Zeugenaussagen er zu den einzelnen Ergebnissen gelangt ist, und er darf sich nicht verleiten lassen, etwas mit Bestimmtheit zu behaupten, was sich nicht überzeugend dartun läßt. Für die Art und Weise, wie man in diesen Fällen zu verfahren hat, ist das mitgeteilte Gutachten ein gutes Beispiel. Es handelte sich um einen Potator, der an Leberzirrhose und Wassersucht gestorben war. Er hatte eine Lebensversicherungspolize zurückgekauft ohne ersichtlichen Grund. Verschiedene Zeugenaussagen und ein Attest des Hausarztes machten es wahrscheinlich, daß der Begutachtete an Verfolgungsideen gelitten hatte. Diese wurden aber später durch andere Zeugenaussagen wieder unwahrscheinlich gemacht, und das Gericht wies die Klage auf Anfechtung des Rückkaufs ab.

Bolte (1) beobachtete einen Mann, der an *Derkum*scher Krankheit litt. Die *Derkum*sche Krankheit äußerte sich durch symmetrisch sitzende, schmerzhafte Fettgeschwülste, Gelenkveränderungen, Kopfschmerzen, Ohnmachten, profuse Schweißausbrüche und Verblödung. Im vorliegenden Falle kam noch chronischer Alkoholismus hinzu, auch Krämpfe wurden beobachtet. Der Patient hatte ein Testament gemacht, das von den Kindern angefochten wurde. *B.* kam zu der Ansicht, daß er nicht geschäftsfähig gewesen wäre, als er vor 2 Jahren das Testament abfaßte.

Tamburini (14) untersucht die Testierfähigkeit der Paralytiker und beschäftigt sich in seiner Arbeit auch mit dem schwierigen Kapitel der Beurteilung der Testierfähigkeit Paralytischer nach deren Tode.

Zwei lehrreiche Fälle zur Psychologie der Aussage teilt *H. W. Maier* (7) mit. Im ersten hatte ein schwachsinniges 15½ jähriges Mädchen angegeben, sie wäre von einem alten Mitbewohner ihres Hauses geschwängert, der



daraufhin verurteilt wurde. Nach einigen Jahren stellte sich heraus, daß der eigene Vater Blutschande mit seiner Tochter getrieben hatte und ihre frühere Angabe unter dem Drucke von Drohungen seitens des Vaters zustande gekommen war. Alle Leute, die sich mit sog. gesunden Menschenverstande über den Fall geäußert hatten, hatten der schwachsinnigen Zeugin und ihrem Vater das beste Zeugnis ausgestellt. Der zweite Fall berichtet, über einen Hebephrenen, der in der Remission zwischen zwei Schüben seiner Krankheit behauptete, er hätte nur simuliert. Er wurde dementsprechend verurteilt, erkrankte aber schon wenige Tage nach seinem Strafantritt aufs neue mit katatonischen Symptomen.

Einen sehr schönen zusammenfassenden Bericht über Kinder als Zeugen im Strafprozeß liefert *Seidel* (12). Er bringt alles, was auf diesem Gebiet an praktischen und experimentellen Erfahrungen vorliegt, und macht auch praktische Vorschläge, wie man Kinder als Zeugen vernehmen soll. *Sturm* (13) gibt theoretische und praktische Anweisungen zur Erhebung des psychologischen Beweises im Zivil- und Strafverfahren, die den Richter mehr interessieren als den Sachverständigen, aber auf naturwissenschaftlichen Anschauungen aufgebaut sind.

E. T. Kip (4) teilt ein Novum aus der holländischen Strafrechtspflege mit, das besonders die Bedeutung der Möglichkeit auch Zeugen psychiatrisch untersuchen zu können in helles Licht rückt. Ein Arbeiter hatte gegen zwei Gendarmen die Beschuldigung erhoben, sie hätten ihn mißhandelt. Ein Prozeßagent nimmt sich seiner an, und schließlich entsteht ein großer Prozeß aus der Sache, bei dem es zu schweren Anschuldigungen gegen die Gendarmen kommt. Nach den Untersuchungen von *Kip* ist es nun aber wahrscheinlich, daß der Kläger, ein Schwachsinniger, und sein Prozeßagent, ein Querulant, die ganzen Beschuldigungen rein aus krankhaften Motiven erhoben hatten.

V. Irrenrecht. Verwahrungsmaßnahmen. Fürsorgeerziehung und Psychiatrie.

1. *Arango y de la Luz, Fr.*, Organizacion del servicio de locos criminales en Cuba. Revista frenopática Española no. 106, p. 298.
2. Bericht über die Verhandlungen des Ersten Bayerischen Jugendfürsorge- und Zwangserziehungstages am 20. 21. und 22. Juni 1911 in München. 96 S. 2 M. München 1911, Verlag von Ph. L. Jung. (S. 62*.)
3. *Bührer*, Irrenanstalten und Strafrecht nach dem Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 8, H. 8, S. 505 ff. (S. 61*.)
4. *Freudenthal, B.*, Die Aufenthaltsbeschränkung im Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 8, H. 3, S. 132 ff.
5. *Freymuth*, Sind die in Irrenanstalten untergebrachten Geistes-



kranken Gefangene im Sinne der §§ 120 und 121 StGB. Ztschr. f. Versich. Med. Nr. 7.

6. *Fürstenheim*, *W.*, Zur Frage der gesetzlichen Fürsorge für geistig schwächliche und kränkliche Kinder. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. IV, H. 5—6, S. 485. (S. 61*.)
7. *Horstmann* (Stralsund), Zur psychiatrischen Beurteilung der Jugendlichen. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 4, S. 79.
8. *Hudovernig*, *C.* (Budapest), Der Entwurf des neuen ungarischen Irrengesetzes (von Otto Freiherrn von Babarczi-Schwartzer). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 4, H. 4, S. 494. (S. 60*.)
9. *Jaquelier* et *Filassier*, La jurisprudence des tribunaux en matière de divorce et d'aliénation. Ann. méd.-psychol. no. 1, p. 91.
10. *Köhne* (Berlin), Berichtigung betr. Fürsorgeerziehung. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. 12, Nr. 48, S. 450.
11. *Lagriffe*, *L.* (Auxerre), Quelques considérations sur l'assistance des aliénés et sur le projet de réforme de la loi du 30. VI. 1838. Ann. méd.-psychol. 69e année, no. 2, p. 243.
12. *de la Luz*, *F. A.*, Organizacion del servicio de locos criminales en Cuba. Rivista Frenopática Española no. 106, p. 298.
13. *Major*, *Gustav* (Zirndorf), Fürsorgeerziehung und Heilpädagogik. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. Bd. III, H. 4, S. 193. (S. 62*.)
14. *Mönkemöller*, *O.* (Hildesheim), Die geistigen Abnormitäten bei schulpflichtigen Fürsorgezöglingen und ihre Behandlung. Ztschr. f. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. VI, H. 5—6, S. 431. (S. 62*.)
15. *Näcke*, *P.*, Die Notwendigkeit ärztlicher Leitung an Defekten-anstalten (Anstalten für Idioten, Schwachsinnige, Epileptiker, Taubstumme, Fürsorgezöglinge usw.). H. Groß' Archiv Bd. 41, H. 1 u. 2, S. 88 ff. (S. 61*.)
16. *Obersteiner*, *H.*, Der Geisteskranke und das Gesetz in Österreich. Jur.-psych. Grenzfr. Bd. 7, H. 5. 1 M. Halle, C. Marhold.
17. *Rohde*, Wann muß eine Trinkeranstalt und besonders eine Irren-anstalt einen gegen seinen Willen festgehaltenen Trinker entlassen? Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 8, H. 1, S. 1 ff. (S. 61*.)



18. *Schnitzer*, *Hubert*, Bericht über das Ergebnis der psychiatrisch-neurologischen Untersuchung und Behandlung der Fürsorgezöglinge in den Erziehungsanstalten Züllchow, Warsow und Magdalenen-Stift bei Stettin. Sonderabdruck aus der Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 5, S. 97 ff. Jena 1911. (S. 62*.)

19. *Schnitzer*, *H.* (Stettin), Die Mitwirkung des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. V, H. 1, S. 1. (S. 62*.)

20. *Schröder*, *P.*, Die geistig Minderwertigen und die Jugendfürsorgeerziehung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Sonderabdruck aus Bd. III, H. 5, S. 705 ff. (S. 61*.)

21. *Stooß*, *Karl*, Zur Natur der sichernden Maßnahme. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 8, H. 6 u. 7, S. 368 ff.

22. *Victorio*, *A. F.* (Reus), Enfermedades, nerviosas y mentales y un apéndice conteniendo la legislación referente á los alienados. 467 S. Barcelona 1911, Manuel Marin.

23. *Weber*, *L. W.* (Göttingen), Ist ein gemeingefährlicher Anstaltskranker ein Gefangener im Sinne der §§ 120, 121 StGB.? Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 8, H. 2, S. 103.

24. *Wilmanns*, *Karl* (Heidelberg), Die praktische Durchführbarkeit der Bestimmungen über die verminderte Zurechnungsfähigkeit im Vorentwurfe. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 8, H. 3, S. 136. (S. 61*.)

25. *Wyrubow*, *N.*, Zur Frage der Fürsorge und Behandlung geisteskranker Verbrecher. Revue f. Psych., Neurol. u. experim. Psychol. (russ.) H. 16.

In Ungarn war das Irrenwesen bisher nur durch 6 Paragraphen des Gesetzes XIV vom Jahre 1876 geregelt. Die Paragraphen betrafen hauptsächlich die administrative Seite des Irrenwesens, das im übrigen durch eine Unzahl von Ministerialverfügungen zu konkreten Fällen „geregelt" war. Neuerdings ist nun ein I r r e n g e s e t z von *Barbarczi-Schwartzer* ausgearbeitet und im Entwurf vom Landessanitätsrat approbiert. Der Entwurf wird von *Hudovernig* (8) mitgeteilt, er umfaßt 104 Paragraphen in 12 Abschnitten. Der erste Abschnitt stellt fest, daß die Beaufsichtigung des Irrenwesens eine staatliche Aufgabe ist, und daß die Bestimmungen



des Gesetzes auf jede Form von Geisteskrankheit Anwendung finden sollen. Der zweite beschränkte die Anstaltsaufnahme lediglich auf die Gemeingefährlichen, während früher auch die Heilbarkeit ein Grund zur Anstaltspflege war. Der dritte Abschnitt bestimmt, daß jede Lokalität oder Kolonie, die nicht zur Familie gehörige Geisteskranke pflegt, unter das Gesetz fällt, damit sich keine derartige Unternehmung der Aufsicht entziehen kann. Ferner soll der Direktor in jedem Falle ein Arzt sein, der über mindestens 2 jährige psychiatrische Vorbildung verfügt. Ihm untersteht das Pflegepersonal, dessen Annahme und Entlassung von ihm abhängt. Für je 10 Kranke muß ein Pfleger vorhanden sein. Der vierte Abschnitt unterscheidet zwischen Krankenaufnahme und -übernahme; diese geschieht auf Grund ärztlicher Notwendigkeit, jene auf Gerichtsbeschluß. Ein Entmündigungsverfahren braucht dazu nicht eingeleitet zu werden. Gegen den Beschluß kann Revision eingelegt werden. Bezirksgericht, Vormundschafts- und Aufsichtsbehörde sind von der Übernahme binnen 24 Stunden zu benachrichtigen. Für die Entlassung gelten ähnliche Bestimmungen. Der siebente Abschnitt verfügt, daß nicht nur die in Anstalten befindlichen, sondern auch die in Familienpflege oder sonstwo untergebrachten Kranken der behördlichen Aufsicht unterstehen. Über alle Kranken sind genaue Personalregister zu führen. Kriminelle Kranke sind von den anderen gesondert zu halten, geistig minderwertige in besonderen Anstalten unterzubringen, so lange der pathologische Zustand besteht und zu befürchten ist, daß sie die öffentliche Ordnung stören. Im elften Abschnitt finden sich Strafbestimmungen für Vergehen gegen das Gesetz, der zwölfte enthält die Ausführungsbestimmungen.

Auf *Rohdes* (17) juristische Ausführungen über die Entlassung von Trinkern aus Trinker- und Irrenanstalten sei wegen ihrer Gründlichkeit und der Wichtigkeit des Themas besonders hingewiesen.

Willmanns (24) glaubt, daß sich bei der Verwahrung der gemindert Zurechnungsfähigen, wie sie der V.-E. vorsieht, nicht unerhebliche praktische Schwierigkeiten einstellen werden. Namentlich wird bei strenger Anwendung der betr. Paragraphen eine große Zahl von Minderwertigen in Verwahrung genommen werden müssen.

Näcke (15) hält, unter dem Hinweis auf die traurigen Zustände des belgischen Irrenwesens, Personal, das einem geistlichen Orden angehört, nicht für Irrenanstalten geeignet. Er tritt ferner dafür ein, daß auch die Leitung der Defektenanstalten in ärztliche Hände gelegt wird.

Bührer (3), ein Jurist, verlangt dringend rechtlichen Schutz gegen ungerechtfertigte Einsperrung in Irrenanstalten. Den Beweis, daß solche Einsperrungen wirklich vorkommen, führt er leider nicht.

Fürstenheim (6) beklagt, daß Debile und Psychopathen weder durch das Gesetz vom 11. Juli 1891 noch durch das Fürsorgeerziehungsgesetz eine gesetzlich geregelte Fürsorge gefunden hätten, weil diese psychischen Krankheitszustände damals, als man diese Gesetze gab, noch nicht so genau bekannt gewesen wären. Er verlangt, daß diese Zustände in Zukunft durch eine entsprechende Formulierung des F.-E.-G. berücksichtigt werden, damit auch sie der Heilerziehung unter mediko-



pädogischen Gesichtspunkten teilhaftig werden können. Der Erfolg der Erziehung würde die vermehrten Kosten reichlich aufwiegen.

Der Bericht über den ersten bayerischen Jugendfürsorgetag (2) bringt mehrere sehr anregende Vorträge über die körperliche und geistige Entwicklung und die Psychopathologie im Kindesalter von *Seitz*, *Isserlin* und *Rüdin*. Auch die Erziehung jugendlicher Minderwertiger und die Asylbehandlung werden eingehend erörtert.

Ein Vortrag *Mönkemöllers* (14), der besonders den Vorstehern und Lehrern an den Rettungshäusern das Verständnis für geistige Abnormitäten bei schulpflichtigen Fürsorgezöglingen vermitteln sollte, hebt hervor, daß die Normalschule schon lange die geistigen Mängel der Schüler berücksichtigen gelernt hätte, während die Schulen für Fürsorgezöglinge hierin noch nicht soweit wären. Er schildert dann eingehend die bekannten krankhaften Veränderungen welche wir als Resultat der psychiatrischen Untersuchungen bei Fürsorgezöglingen in den letzten Jahren kennen gelernt haben und bespricht ihre Ursachen und ihre Behandlung.

P. Schröder (20) hat 80 Minderjährige untersucht, bei denen das Gericht über die Notwendigkeit der Fürsorgeerziehung entscheiden sollte. Die Hälfte von ihnen war noch nicht 13 Jahre alt, einzelne noch nicht einmal 6. 50% waren schwachsinnig, viele erinnerten in ihren Handlungen, ihrer Stimmungslage und Unmoralität an chronisch Manische.

Schnitzer (19), dessen Untersuchungen an Fürsorgezöglingen die bekannten Resultate ergeben haben, tritt ebenfalls für stärkere Mitwirkung des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung ein. Sie hätte schon bei der Anordnung der F.-E. einzusetzen, damit für eine dem psychischen Zustande entsprechende Unterbringung Sorge getragen wird. Die Möglichkeit zu längerer Beobachtung in Adnexen von Irren- oder Erziehungsanstalten ist unbedingt notwendig. Die Abnormen müssen von den Normalen oder leicht Abnormen streng getrennt werden. Lehrer und Erzieher müssen in regelmäßigen Kursen mit der Psychopathologie vertraut gemacht werden. Geistig Abnorme sind nach Ablauf der F.-E. zu entmündigen. Anstalten, die keinen psychiatrischen Beirat haben, müßten durch Besuchskommissionen kontrolliert werden. Diesen Kommissionen muß ein Psychiater angehören.

Schnitzer (18) berichtet ferner über die Untersuchungsergebnisse an pommerschen Fürsorgezöglingen. Auch er kommt zu dem Resultat, daß der Prozentsatz der Abnormen erschreckend hoch (62%) ist und daß namentlich unter den Kriminellen sich besonders viel pathologische Naturen finden. Auch *Major* (13), der eine größere Zahl (178) von kriminellen und unerziehbaren Kindern auf psychische Abnormitäten untersucht hat, weist auf den hohen Prozentsatz der psychisch Abnormen (73%) unter ihnen hin und richtet an die maßgebenden Behörden den eindringlichen Appell, diese Tatsachen zu berücksichtigen und ihnen abzuhelfen.

VI. Psychiatrie und soziale Gesetzgebung.

1. *Ascher*, Selbstmord angeblich infolge von Sonnenstich. Entschädigung abgelehnt. Med. Klinik Nr. 32. (S. 67*.)



2. *Ascher*, Progressive Muskelatrophie-Armverletzung. Sonderabdruck aus der Ärztl. Sachv.-Ztg. 1911 Nr. 14, S. 1 ff. (S. 68*.)
3. *Becker, L.*, Die Bestimmung des Beginns der dauernden Erwerbsunfähigkeit bei der Invalidenversicherung. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 19, S. 393.
4. *Bischoff, E.* (Langenhorn), Über einen Fall von Starkstromverletzung. Die Restitutionsreihe der körperlichen und geistigen Störungen. Med. Klinik Nr. 28, S. 1080. (S. 68*.)
5. *Boldt, K.* (Graudenz), Schwere hysterische Lähmung eine Züchtigungsfolge? Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 14, S. 289. (S. 68*.)
6. *Bolten*, Traumatische Neurose. Tydschr. voor Geneesk. no. 9. Ref.: Deutsche med. Wschr. Nr. 38, S. 1764.
7. *Bruch, Carl*, Psychisches Trauma und Gehirnentzündung. Med. Klinik Nr. 24. (S. 68*.)
8. *Engelen* (Düsseldorf), Simulation und Aggravation neurasthenischer Beschwerden. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 8, S. 158. (S. 67*.)
9. *Erben, S.*, Vorschläge zur Beurteilung und Behandlung der Unfallneurosen. Wien. med. Wschr. Nr. 61, S. 2241.
10. *Glueck, B.*, Traumatic psychoses and post traumatic psychopatic states. Journ. of the Americ. med. Assoc. no. 13.
11. *Jolly, Ph.* (Halle), Selbstmord nach Unfall. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 15. (S. 67*.)
12. *Juliusburger, Otto* (Steglitz), Über einen Fall von akuter autopsychischer Bewußtseinsstörung, ein Beitrag zur Lehre von Kriminalität und Psychose. Zentralbl. f. Psychoanal. S. 308.
13. *Kiernan, J. G.* (Chicago), Forensic aspects of fright caused traumatism. The alienist and neurol. 1911 vol. XXXII, no. 4, p. 642.
14. *Köppen, M.*, Zur Frage der Beurteilung des Selbstmordes in Versicherungsangelegenheiten. Charité Ann. XXXV. (S. 66*.)
15. *Kurthen, Jacob Theodor*, Über atypische Unfallpsychosen und ihre unfallrechtliche Bedeutung. Inaug.-Diss. Bonn 1911.
16. *Laignel-Lavastine*, Les troubles psychiques dans les accidents du travail. Paris Médical no. 48, p. 461.
17. *Leppmann, A.* (Berlin), Die traumatischen Psychosen (und Neurosen) mit besonderer Berücksichtigung der Unfallgesetzgebung. Ztschr. f. ärztl. Fortbildung Nr. 22. (S. 64*.)



18. *Marmetschke* (Breslau), Geisteskrankheit und Unfall. Med. Klinik Nr. 52, S. 2035. (S. 66*.)
19. *Placzek, S.* (Berlin), Selbstmord, Geistesstörung, Unfall. Med. Klinik Nr. 49, S. 1910. (S. 66*.)
20. *Placzek, S.* (Berlin), Simulation von Geistesstörung und Schwerhörigkeit. Med. Klinik Nr. 30, S. 1176.
21. *Placzek* (Berlin), Gutachtliche Seltsamkeiten. 36 S. 1 M. Leipzig. J. A. Barth. (S. 65*.)
22. *Räuber*, Geisteskrankheit nach Entziehung der Invalidenrente. Ztschr. f. Versicherungsmed. Nr. 2.
23. *Reinhard*, Ein Fall von Rentenkampfhysterie. Med. Klinik Nr. 36, S. 1400.
24. *Reinhard* (Bautzen), Tod an delirium tremens als Unfallfolge anerkannt. Med. Klinik Nr. 40, S. 1558.
25. *Schnizer, E.*, Gliose des Gehirns und Schwachsinn; forensischer Fall, auf Grund der histopathologischen Untersuchungen entschieden. Sonderabdruck aus der Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 4, S. 212 f. Jena 1910. (S. 68*.)
26. *Zingerle* (Graz), Bemerkungen über Unfallneurosen. Mtschr. f. Unfallhlk. Nr. 9. (S. 67*.)

Das Trauma ist nach *A. Leppmann* (17) selten die alleinige Ursache einer Psychose oder traumatischen Neurasthenie, es kommen fast immer noch andere Momente bei der Entstehung dieser Zustände in Frage, welche vom Arzt bei der Begutachtung als Mitursachen in Rücksicht zu ziehen sind. Für den § 224 StGB. (Verfall in Geisteskrankheit nach Körperverletzung) ist es allerdings nach einer Reichsgerichtsentscheidung gleichgültig, ob der Boden, auf den die Verletzung fiel, schon vorbereitet war oder nicht. Durch die soziale Gesetzgebung des BGB., den Tierhalterparagraphen, das Haftpflichtgesetz für die Eisenbahnen und die private Unfallversicherung kommt der Arzt nun häufig in die Lage, in zivilrechtlichen Prozessen sein Gutachten abgeben zu müssen. Da ist zunächst interessant, daß die Privatgesellschaften häufig durch Klauseln die Entschädigung für rein psychisch erzeugte Geistes- und Nervenkrankheiten, sog. Schreckpsychosen und Neurosen, ausschließen und ferner für Neurosen nur 50% der wirklichen Erwerbsbeschränkung entschädigen. Für die Entstehung von psychischen Krankheiten durch Unfälle kommen zwei Momente hauptsächlich in Frage: die mechanische Erschütterung des Gehirns, die nicht immer durch Kommotionssymptome sich zu dokumentieren braucht, und der Schreck. Ein drittes Moment bilden die Folgen: Krankenlager, Schmerzen und Notlage, schließlich auch der Rentenhunger. Trau-

matische Psychosen können unter dem gewöhnlichen klinischen Bilde der primären Geistesstörungen verlaufen, sie können als primäre Demenz auftreten, ein Zustand, der wohl noch am meisten den Namen der traumatischen Demenz verdient, während es eine eigentliche traumatische Psychose nicht gibt, es können Dämmerzustände nach Traumen vorkommen, es können aber auch sekundär alle möglichen Geisteskrankheiten sich einstellen, auch Katatonie und Hypochondrie und Paralyse. Nicht selten tritt nach Kopftraumen auch eine Veränderung der Psyche im Sinne seelischer Minderwertigkeit auf und schließlich folgt ihnen noch das Heer der traumatischen Neurosen. Dies sind Zustände von reizbarer Schwäche des Nervensystems, die gewöhnlich erst dann auftreten, wenn der Verletzte chirurgisch geheilt ist und wieder ins Leben hinaustritt. Für die Schadenabschätzung gibt *L.* folgende Angaben: traumatische Psychosen 100%, Neurastheniker, die nicht zu schwerer Arbeit fähig sind, 33½%, solche, die nicht zu schwerer und mittlerer fähig sind, 66⅓%, und solche, die auch keine leichte Arbeit tun können, 100%. Die Prognose ist unsicher, namentlich in höherem Lebensalter. Häufig finden sich bei den Traumatikern zahlreiche körperliche Degenerationszeichen.

Der Arzt, der *Placzeks* (21) gutachtliche Seltsamkeiten liest, kommt aus dem Erstaunen nicht heraus. Gleichzeitig muß ihn aber das Gefühl der Beschämung überkommen, daß es in unserem Stande noch so viel Kollegen gibt, welche, um es gelinde auszudrücken, so wenig Ahnung von den Anforderungen haben, welche die soziale Gesetzgebung heute täglich an uns stellt. Der selbstverständlichen Forderung, daß die jeweilige Behandlungsart eines Unfallverletzten mit seinem sozialen Milieu, seinen bisherigen Lebensbedingungen und den daraus resultierenden Ansprüchen im Einklange stehen soll, entspricht es doch gewiß nicht, wenn ein Arzt für einen Ingenieur mit 2600 M. Einkommen täglich eine Flasche Wein zu 4 M., Kaviar zum Frühstück und Abendbrot und einen täglichen Verpflegungssatz von 20 M. (notabene in der eigenen Häuslichkeit) für angemessen hält. Und was soll man dazu sagen, daß eine Telegraphengehilfin in 300 Tagen für 347 M. Schabefleisch, für 109 M. Milch, für 55 M. Eier, ferner Malzextrakt, Ananas u. dgl. verordnet werden, oder wenn jemand „einem kräftigen Manne mit reichlichem Fettpolster" in 3 Jahren für 1166,84 M. Stärkungsmittel wegen „traumatischer Ischias" vorschreibt? Auch in der Verordnung von Badekuren wird unglaublich gesündigt, wenigstens erscheint die Verordnung einer Reise nach Konstantinopel ebenso seltsam, wie die Bescheinigung, daß ein Kaufmann Frau, Kind und Spreewälderin im teuersten Sanatorium um sich haben mußte, um genesen zu können. Alle diese angeführten Tatsachen geben zu denken, und es ist uns ein schwacher Trost, daß auch Nichtärzte irren können, wie *Placzek* weiter ausführt. Sehr beachtenswert ist noch, was er über die Beziehungen zwischen Paralyse und Nervosität mit Unfällen sagt, bei denen in den meisten Fällen die Gutachter wohl nur deshalb einen Zusammenhang annehmen müssen, weil der Nachweis fehlt, daß die Paralyse oder die Nervosität schon vor dem Unfall bestanden hat. Den Schluß des äußerst lesenswerten Werkchens bilden Beiträge zur Psychologie der Rentenbewerber und kritische Besprechungen der Symptome der Unfallneurasthenie,



der Untersuchungstechnik und der Gepflogenheit, den Unfallverletzten die Gutachten in extenso mitzuteilen, so daß sie sich danach einüben können.

Eine sehr interessante Mitteilung über den Zusammenhang von Trauma und Psychose macht *Marmetschke* (18). Ein Maurer war 1906 etwa 4 m hoch herabgestürzt, hatte sich am Halse und am Kopfe gequetscht, war auch wohl vorübergehend bewußtlos gewesen, hatte aber nach kurzem Krankenlager die Arbeit wieder aufgenommen und 3 Jahre lang gearbeitet. Er hatte dabei fast immer über Kopfschmerzen geklagt und zuletzt auch Zeichen geistiger Veränderung geboten. Er erhängte sich schließlich, wurde als unbekannt beerdigt, nach 14 Tagen exhumiert und obduziert. Die Sektion stellte am Gehirn die für Paralyse typischen Veränderungen fest, außerdem an dem linken, verletzten Stirnhöcker eine Knochenverdickung und Verwachsung mit der harten Hirnhaut. *M.* sprach sich auf Grund des früher erhobenen klinischen Befundes und nach dem Ergebnis der Sektion dahin aus, daß ein Zusammenhang der Paralyse mit dem Unfall wahrscheinlich wäre, die Hinterbliebenen erhielten Rente, da das Suizid als eine mittelbare Folge des Unfalles angesehen wurde.

Vier interessante Gutachten über die Frage, ob ein Selbstmord durch einen Unfall mittelbar oder unmittelbar veranlaßt wäre, teilt *Köppen* (14) mit. In drei Fällen konnte der Suizid auf eine nach dem Unfall aufgetretene Geistesstörung zurückgeführt werden, im vierten hatte der Kranke nach dem Unfall Lungengangrän bekommen und war zum Fenster hinausgesprungen. Obwohl hier keine Geisteskrankheit vorgelegen hatte, glaubte *K.* doch, daß der Kranke unter einem besonderen Zwange gehandelt hätte, weil er unheilbar und durch den aashaften Geruch des Auswurfs sich und anderen widerlich geworden wäre. In allen Gutachten hatte das Reichsversicherungsamt die Frage vorgelegt, ob eine die freie Willensbestimmung ausschließende Unzurechnungsfähigkeit bestanden hätte. *K.* macht darauf aufmerksam, daß diese Frage für den Psychiater besondere Schwierigkeiten enthält, weil der Begriff „Unzurechnungsfähigkeit" weder juristisch noch psychiatrisch ist. Dies hat seine Nachteile, die namentlich in der wenig präzisen Form des Ausdrucks liegen, aber auch seine Vorteile, weil dem Gutachter, wenn er überhaupt solche in Ausdrücken des täglichen Lebens gehaltenen Fragen beantworten will, größere Bewegungsfreiheit bleibt in dem, was er als Unzurechnungsfähigkeit ansehen will und was nicht. Er kann nämlich Handlungen, die unter einem abnormen äußeren Zwange stehen, als unzurechnungsfähig ansehen, auch wenn der Nachweis einer Geisteskrankheit nicht geführt werden kann. Und dies ist kein Nachteil, da man einen Unfallkranken entschieden anders beurteilen muß wie einen Verbrecher.

Placzek (19) teilt ein Aktengutachten über einen Maurer mit, der durch ein Mauerstück an Kopf, Oberarm und Kreuz verletzt wurde, drei Monate nach dem Unfall einen Selbstmordversuch durch Erhängen machte und sich eine Woche danach wirklich erhängte. Es ließ sich feststellen, daß eine Melancholie vorgelegen hatte, und da diese Krankheit sich unmittelbar an den Unfall angeschlossen hatte, kam *Pl.* zu dem Gutachten, daß Unfall, Krankheit und Selbstmord in unmittelbarem, ursächlichem Zusammenhange gestanden hätten.



Ein Maurergeselle war von seinem Polier getadelt. Er verließ, ohne ein Wort zu sagen, seine Arbeit und erhängte sich. Die Witwe machte Ansprüche auf Hinterbliebenenrente geltend, zuerst, weil der Verstorbene früher ein Kopftrauma erlitten hätte und seitdem nervenkrank gewesen wäre, später, weil er an dem Todestage einen Sonnenstich erlitten hätte und dadurch der Besinnung beraubt wäre. *Ascher* (1) kam, trotzdem die Temperatur an dem Tage wohl imstande war, einen Sonnenstich hervorzurufen, zu einem ablehnenden Gutachten, weil die bloße Möglichkeit eines Sonnenstichs nicht genügte zur Annahme eines Betriebsunfalles. Es ließ sich nicht nachweisen, daß der Verstorbene an dem Tage Veränderungen seines Wesens gezeigt hätte, welche auf eine psychische, durch Sonnenstich hervorgerufene Erkrankung schließen ließen. Da demnach nicht einmal eine Wahrscheinlichkeit für einen solchen Betriebsunfall vorlag, konnte auch der Selbstmord nicht auf einen Unfall zurückgeführt werden. Das Reichsversicherungsamt schloß sich dieser Auffassung an.

Jolly (11) macht auf die Tatsache aufmerksam, daß die Zahl der Selbstmorde dauernd zunimmt (20,6 : 100 000) und sich in Deutschland seit 1873 fast verdoppelt hat. Nicht wenige Selbstmörder sind geisteskrank, die Angaben darüber schwanken zwischen 20—30—40%. Er hatte in einem Falle zu begutachten, ob der Selbstmord eines Unfallverletzten (kompl. Knöchelbruch mit folgendem delirium trem.) auf den Unfall zurückzuführen wäre. Da der Verletzte nach dem Unfall ein depressives Wesen gezeigt hatte, kam *Jolly* zu der Ansicht, daß ein mittelbarer Zusammenhang zwischen Suizid und Trauma bestände, das Schiedsgericht erkannte demgemäß, das Reichsversicherungsamt hob den Beschluß aber wieder auf, weil der Selbstmord nicht einer plötzlichen krankhaften Eingebung entsprungen wäre, sondern als eine wohlüberlegte Handlung anzusehen sei. *J.* zitiert dann Fälle, in denen das R.-V.-A. über den Zusammenhang von Unfall und Suizid zu entscheiden hatte, beklagt, daß nur in wenigen eine Untersuchung der Psyche stattgefunden hätte, und kann sich der Entscheidung des R.-V.-A. nicht anschließen, da sie vom psychiatrischen Standpunkt aus in mehr als einem Punkte anfechtbar ist.

Eine kurze, aber zusammenfassende Übersicht über die Anschauungen, welche in den letzten Jahren in der Literatur über die Unfallneurosen zutage getreten sind, bringt *Zingerle* (26). Man erkennt aus ihnen namentlich das Mißverhältnis von körperlichem oder psychischem Trauma und Schwere der Neurose, den ungünstigen Einfluß der Rentensucht und den günstigen der Kapitalsabfindung auf den Verlauf. Aber auch die Notwendigkeit, daß die Ärzte noch mehr als bisher sich der Verantwortlichkeit und der Folgen ihrer Gutachtertätigkeit bewußt werden müssen, wird scharf beleuchtet.

Engelen (8) hält Simulation von nervösen Beschwerden für recht häufig, namentlich in der mit der Invaliden- und Unfallgesetzgebung in Verbindung stehenden Praxis treten dem Arzte die Schattenseiten der sozialen Fürsorge deutlich vor Augen. Wehleidigkeit, Energielosigkeit und Verweichlichung bei den Versicherten finden sich häufig. Es ist dringend notwendig, die Nervösen nicht zu



milde zu beurteilen, namentlich allen Aggravationsversuchen energisch entgegenzutreten, um der Gefahr, den Volkscharakter zu verderben, entgegenzutreten.

Über einen interessanten Fall von Starkstromverletzung (240 Volt) mit nachfolgender psychischer Störung berichtet *E. Bischoff* (4). Die unmittelbaren Folgen waren: lokale Brandblasen, weißer Schaum vor dem Munde, Mydriasis und Starre der Pupillen, tonische Starre des ganzen Körpers, Oppenheim und Babinski, Bewußtlosigkeit, Jaktationen, dann Ruhe und langsam wieder eintretende Reaktion der Muskeln auf Schmerzreize und der Pupillen auf Licht. Der Puls schwankte, anfangs 90, später 44. Nach 16 Stunden Rückkehr des Bewußtseins, es bestand aber deutliche retrograde Amnesie von 7 Tagen und Abnahme der Merkfähigkeit, die beide erst nach 4 Wochen verschwanden.

Bruch (7) nahm bei einem Steuermann, der einen heftigen Schreck erlitten hatte und etwa ein Jahr später nach längerer Krankheit starb, einen Zusammenhang der bei der Sektion gefundenen serösen Enzephalomeningitis mit dem psychischen Trauma an.

Ein Schmied hatte durch einen herabfallenden Mauerstein eine Kontusion des linken Handgelenks erlitten und führte Muskelschwund und Schwäche des linken Unterarms auf die Verletzung zurück. Als ihn *Ascher* (2) untersuchte, fand er an beiden Armen Zeichen progressiver Muskelatrophie, die am rechten Arme stärker ausgeprägt war als am linken, verletzten. Auf Grund dieses Befundes glaubte *A.* einen Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem bestehenden Leiden nicht annehmen zu dürfen. Die Unfallansprüche wurden abgelehnt.

Boldt (5) begutachtete einen 10jährigen Jungen, der nach einer Züchtigung durch den Lehrer schwere hysterische Lähmungen bekommen hatte. Er konnte nachweisen, daß das Kind schon vor der Züchtigung nervös gewesen war, und daß die Hysterie nur die indirekte Folge einer das normale Züchtigungsrecht nicht überschreitenden Züchtigung (Maulschelle, Hiebe auf das Gesäß) gewesen war. Von einer vorsätzlichen Körperverletzung konnte trotz der schweren Folgen nicht die Rede sein und die gegen den Lehrer eingeleiteten strafrechtlichen und zivilrechtlichen Verfahren wurden eingestellt.

Ein Lehrer war angeklagt, gegen einen Schüler das Züchtigungsrecht überschritten und dadurch dessen Verfall im Siechtum mit tödlichem Ausgang herbeigeführt zu haben. Es handelt sich um epileptische Krämpfe und Tod im Status epilepticus. Die Krämpfe hatten sich im Anschluß an eine Züchtigung mit dem Stock auf Gesäß, Arme und Beine eingestellt; wie später nachgewiesen wurde, hatte der Junge aber auch schon in der Nacht vor der Züchtigung einen Anfall gehabt, er war im übrigen „schwachsinnig dumm und stinkfaul". *Gaupp* konnte auf Grund histologischer Untersuchung des übersandten Gehirns feststellen, daß eine diffuse Sklerose die Ursache der Krämpfe und des Todes gewesen war. Da die Sklerose als angeborenes Leiden betrachtet werden muß, und ein Krampfanfall schon vor der Züchtigung aufgetreten war, so konnte diese nicht als Ursache der Krankheit angesehen werden. Es erfolgte Freisprechung. Wie *Schnizer* (25) mitteilt, haben sich bei der Untersuchung der gliösen Veränderungen besonders



die Methoden von *Merzbacher* und *Altzheimer* wegen ihrer Zuverlässigkeit und der Schnelligkeit, mit der sie zum Ziele führten, bewährt.

VII. Psychiatrie und Militär.

1. *Adam* (Bourg), Les maladies mentales dans l'armée. Ann. méd.-psychol. 69 année, no. 1, p. 58.
2. *Albrecht, O.* (Graz), Über Kranksinnigenfürsorge im Felde. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 32, H. 3, S. 989. (S. 71*.)
3. *Auer*, Zur Statistik und Symptomatologie der bei Marine-Angehörigen vorkommenden psychischen Störungen, insbesondere über Katatonie, pathologischen Rausch, Imbezillität und deren forensische Beurteilung. Arch. f. Psych. Bd. 49, H. 1, S. 1 ff.
4. *Bendixsohn. H.* (Greifswald), Psychosen im russisch-japanischen Kriege. Wien. klin.-therapeut. Wschr. Nr. 14. (S. 71*.)
5. *Bennecke*, Simulation und Selbstverstümmlung in der Armee unter besonderer Berücksichtigung der forensischen Beziehungen. H. Groß' Archiv Bd. 43, H. 3 u. 4, H. 193 ff. (S. 72*.)
6. *Deleito, F. G.*, Las psicopatias en el ejército español. Revista frenopática Española no. 105, p. 278.
8. *Hoffmann, P.*, Zur Kasuistik und militärforensischen Beurteilung imbeziller Heeresangehörigen. Friedreichs Bl. f. gerichtl. Med. (S. 72*.)
9. *Krüger, J.* (Dresden), Behandlung von Militärgefangenen und Arbeitssoldaten. Deutsche militärärztl. Ztschr. H. 7.
10. *Mayrac*, De la santé psychique du soldat. Arch. d'anthrop. crim. p. 125.
11. *Naville, Francois* (Genf), Contribution à l'étude de l'aliénation mentale dans l'armée suisse et dans les armées étrangères. 184 p. Inaug.-Diss. Nr. 280.
12. *Pactet*, L'armée et les aliénés. Caducée 11, I.
13. *Pactet*, Les aliénés dans l'armée. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. no. 2, p. 43.
14. *Richards, R. L.* (Washington), A study of the military offences



committed by the insane in the United States army for the past fifty years. Americ. journ. of insan. no. 2, p. 279.

15. *Schnizer*, *E.* (Tübingen), Verletzung der Pflichten der militärischen Unterordnung im hysterischen Erregungszustand und die Frage der Zurechnungsfähigkeit. Deutsche militärärztl. Ztschr. Nr. 5. (S. 71*.)
16. *Stier*, *E.* (Berlin), Fürsorgeerziehung und Militärdienst. Deutsche militärärztl. Ztschr. H. 22. (S. 70*.)
17. *Stier*, *E.* (Berlin), Fortschritte in der Fürsorge für Geisteskranke im Kriege. Deutsche militärärztl. Ztschr. H. 11. (S. 71*.)
18. *Weyert* (Posen), Kritische Bemerkungen zur Erkennung des angeborenen Schwachsinns. Deutsche militärärztl. Ztschr. H. 20. (S. 70*.)

Weyert (18) macht in einer sehr anregenden Arbeit darauf aufmerksam, daß die Hälfte aller Zugänge an psychischen Erkrankungen bei der Truppe auf den angeborenen Schwachsinn entfällt. Nach eingehender Würdigung der Literatur teilt er seine Erfahrungen als Anstaltsarzt des Spandauer Festungsgefängnisses mit. Er hat alle Militärgefangene, die früher in Erziehungsanstalten untergebracht waren, systematisch durchuntersucht und 29 Fürsorgezöglinge unter ihnen gefunden. Von diesen waren 44,8% schwachsinnig und wenn diese Zahl auch nur klein ist, so rechtfertigt sie doch die von den Psychiatern erhobene Forderung, Fürsorgezöglinge nur versuchsweise einzustellen. Er teilt dann die Ministerialerlasse mit, auf Grund deren die Einstellung solcher Defekten nach Möglichkeit verhindert werden kann. Die Beobachtung zweifelhafter Elemente bei der Truppe ist freilich nicht leicht, eine genaue Kenntnis ihrer Vorgeschichte ist vor allem nötig, Belehrung der ausbildenden Offiziere und Unteroffiziere über die Kennzeichen der Grenzzustände ist zu empfehlen. Zur Feststellung der Vorgeschichte teilt er das Schema eines Fragebogens mit. *Weyert* kritisiert dann die häufigsten Formen des Schwachsinns und die Untersuchungsmethoden der Intelligenz. Er empfiehlt zur Intelligenzprüfung hauptsächlich *Ziehens* Methoden. Im allgemeinen hält *W.* die Schwachsinnigen nicht für diensttauglich, wenn auch zugegeben werden muß, daß einzelne unter ihnen sich ganz gut ausbilden lassen und in die militärische Disziplin einfügen. Jedenfalls muß es der Truppe zur Aufgabe gemacht werden, die geistig auffälligen Soldaten herauszufinden. Dazu ist die Erhebung einer genauen Vorgeschichte notwendig, denn die kritische Würdigung des ganzen Lebensganges ist den Methoden der Intelligenzprüfung noch immer bei der Erkennung des Schwachsinns überlegen.

Stier (16), der über Fürsorgeerziehung und den Militärdienst berichtet, ist ebenfalls der Ansicht, daß es im Interesse der Truppe liegt, wenn psychisch Abnorme von der Truppe ganz ferngehalten werden. Zu diesem Zwecke müßten die Namen aller Fürsorgezöglinge, bei denen sich psychische Ab-



normitäten gezeigt haben oder die sich in den letzten 3 Jahren vor der Einstellung nicht tadelfrei geführt haben, den Ersatzkommissionen mitgeteilt werden. Auf diese Weise könnten die Unbrauchbaren leicht erkannt werden, ohne daß das Prinzip der allgemeinen Wehrpflicht durchbrochen würde. Beigefügte Gutachten müßten vor allem Tatsachen enthalten, aus denen der Schwachsinn oder die psychische Abnormität erhellt, damit die Kommissionen sich ein eigenes Urteil über die Dienstbrauchbarkeit des Mannes bilden könnten. Die Gefahr der Stigmatisierung einzelner Rekruten würde bei diesem Verfahren so gering sein, daß man sie ruhig außer Acht lassen kann. Bei diesem Verfahren würde also niemand Schaden leiden, die Armee aber nur Nutzen haben.

Um den Geisteskranken im Felde die nötige Pflege angedeihen zu lassen, sind in neuester Zeit mehrere Verordnungen ergangen, über die *Stier* (17) berichtet. Sie betreffen namentlich die Bereithaltung von Beruhigungsmitteln, von Betten, unzerreißbarer Kleidung und die Ausbildung von Sanitätspersonal in der Irrenpflege. Wünschenswert wäre es, wenn auch die freiwillige Krankenpflege Ärzte und Personal stellte, welches mit der Pflege und mit dem Transport Geisteskranker vertraut wäre.

Albrecht (2) stellt zahlreiche Angaben aus der Literatur über die Kranksinnigenfürsorge im Felde zusammen, aus denen übereinstimmend hervorgeht, daß Geisteskranke im Felde möglichst rasch ausgeschieden werden müssen, daß deshalb geeignete Vorkehrungen bei den Truppen getroffen werden müssen, welche gestatten, die Kranken zunächst aufzugreifen und vorläufig zu sichern, und daß drittens Vorkehrungen zur Unterbringung und Entfernung der Kranken vorhanden sein müssen. Die Truppen müssen dazu Hyoszin und Zwangsjacken mitführen, besonders eingerichtete Automobile haben den Transport vom Verbandplatz zur nächsten Irrenanstalt oder Barackensammelstelle für Geisteskranke zu übernehmen. Diese Barackensammelstellen müssen im Falle eines Krieges in erreichbarer Entfernung von der Armee eingerichtet werden, damit weite Transporte nicht zu viel Sanitätspersonal kosten.

Die russische Armee hat im japanischen Feldzuge in größerem Maßstabe sich mit der praktischen Irrenpflege im Kriege befassen müssen. Vorgesehen war nach *Bendixsohn* (4) nichts, es wurde alles unter dem Zwange der Verhältnisse eingerichtet. Im ganzen waren etwa 2000 Fälle zu behandeln, auf 1000 Kranke kamen 4 Psychosen. Bei den Offizieren standen die Alkoholpsychosen, bei den Mannschaften die epileptischen Psychosen, die beide ⅓ der Zugänge ausmachten, an erster Stelle. Recht gering war die Zahl der traumatischen Psychosen, nur bei 34 von 1072 Soldaten und 8 von 275 Offizieren, die an Psychosen litten, hatte ein Trauma die geistige Erkrankung verursacht, die infektiösen Delirien waren ebenfalls selten. *B.* rät dringend davon ab, den Soldaten im Felde Alkohol zu verabfolgen, da er Psychosen begünstigt, ohne die Leistungsfähigkeit zu erhöhen.

Schnizer (15) teilt das Gutachten über einen Soldaten mit, der in einem Zustande plötzlicher Störung der Geistestätigkeit sich Widersetzlichkeit gegen einen Unteroffizier hatte zu schulden kommen lassen. An einen initialen Wutausbruch schloß sich längeres Toben, dann tiefer Schlaf und Verwirrtheit an.



Nachher bestand undeutliche Erinnerung. Die Genese des Zustandes war nicht klar, es blieb unentschieden, ob Epilepsie oder Hysterie vorlag. Die ganze Persönlichkeit des Angeklagten sprach dafür, daß ein hysterischer Dämmerzustand vorgelegen hatte. Er war schon immer durch sein Selbstgefühl, seine Empfindsamkeit, seine Stimmungsschwankungen und seine Unstetigkeit aufgefallen.

Hoffmann (8) teilt das Untersuchungsergebnis bei einem Imbezillen mit, der oft vorbestraft war und als unsicherer Heerespflichtiger eingestellt wurde. Schon bei der Ausbildung fiel der Mann auf, dann machte er einen unmotivierten Fluchtversuch, wehrte sich gegen seine Verfolger und wurde dementsprechend angeklagt. In der Klinik trat der Schwachsinn klar zutage und *H.* gab sein Gutachten dahin ab, daß der Angeklagte dienstuntauglich und nicht verantwortlich sei. Er macht ferner darauf aufmerksam, daß Imbezille für das Heer höchst lästig wären, und wie wichtig es ist, daß über solche Leute ein genauer Bericht über ihr Vorleben vor der Einstellung eingezogen wird. Auf die für die Schwachsinnigen charakteristische Lebensführung muß man bei der Begutachtung größeren Wert legen als auf die Schulleistungen, die eventuell noch genügend sein können.

Bennecke (5) hat die seit 1890 in der sächsischen Armee vorgekommenen Fälle von Selbstverstümmelung (34 Fälle) und Simulation (42 Fälle) einer Durchsicht unterzogen. Von den 42 Simulanten hatten nur 2 versucht, eine Geistesstörung zu simulieren, 9 litten tatsächlich an Nervenleiden. Mannschaften des 2. und 3. Jahrganges waren stärker unter ihnen vertreten, wahrscheinlich beruht dies auf der schwächlicheren Konstitution dieser Leute. Von den Selbstverstümmlern war ein geringer Prozentsatz geistig abnorm.

---

3. Allgemeine Psychiatrie.

Ref. Hans Schroeder-Lüneburg.

1. *Abel*, *O.*, *Brauer*, *A.*, *Daiqué*, *E.*, *Doflein*, *F.*, *Giesenhagen*, *K.*, *Goldschmidt*, *R.*, *Hertwig*, *R.*, *Kammerer*, *P.*, *Klaatsch*, *H.*, *Maas*, *O.*, *Semon*, *R.* Die Abstammungslehre. 12 gemeinverständliche Vorträge über die Deszendenztheorie im Lichte der neueren Forschung. Jena. G. Fischer. 489 S. 11 M.
2. *Adam*, Les maladies mentales dans l'armée. Annales médico-psychol. 69e année no. 1, p. 58. (S. 116*.)
3. *Allers*, *Rud.* (München), Fortpflanzung, Vererbung, Rassenhygiene, Zur Einführung in die Abteilung „Rassenhygiene"



der internationalen Hygiene-Ausstellung. Deutsche med. Wschr. Nr. 27, S. 1276. (S. 111*.)

4. *Althoff, H.* (Attendorn i. W.), Auslösung des Achillessehnenreflexes. Münch. med. Wschr. Nr. 2. (S. 115*.)

5. *Alvisi e Volpi-Ghirardini*, Sulla reazione di Butenko negli alienati. Rassegna d. stud. psichiatrici. I. fasc. 1. p. 381.

6. *Ameline*, Une loi numérique entre la durée du travail intellectuel et l'intensité de la fatigue cérébrale. Journ. de psychol. normale et pathol. no. 2, p. 128.

7. *André-Thomas*, La fonction cérébelleuse. Paris, O. Doin et fils, 333 S., 89 Fig.

8. *Anton, G.* (Halle a. S.), Psychiatrische Vorträge für Ärzte, Erzieher und Eltern. (Zweite Serie.) Berlin, S. Karger. 77 S. 2 M.

9. *Armstrong, H.* (Liverpool), Asymmetrie des Schädels, verursacht durch seine Haltung. Lancet Nr. 4566.

10. *Babington, Alice* (Edinburgh), A note on the determination of the opsanic indices of the blood in insane persons. Journ. of ment. science vol. 57, no. 237, p. 288.

11. *Baccelli, M., e Terni, T.* (Brescia): L'indice opsonico in alcuni malati di mente. Riv. di patol. nerv. e mentale anno 16, fasc. 11, p. 24. (S. 128*.)

12. *Bachem, C.* (Bonn), Neuere Arzneimittel. Sammelreferat (über Pantopon). Berl. klin. Wchschr. Nr. 35.

13. *Bahr*, Fear in ment. dis. Med. Record no. 2123.

14. *Ballet, G.*, Le domaine de la psychiatrie. La presse médic. no. 37.

15. *Bartels, M.* (Straßburg i. E.), Zu den „Bemerkungen zur Prüfung der Lichtreaktion" von den Herren *Oppenheim* und *Schuster*. Neurol. Zentralbl. Nr. 11, S. 589.

16. *Bauer, J.* (Wien), Untersuchung über die Schwereempfindung. Wien. klin. Rundsch. Nr. 8, S. 118.

17. *Bauer, J.* (Wien), Untersuchungen über die Abschätzung von Gewichten unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen. Ein Beispiel zur Kenntnis der Rechts- und Linkshändigkeit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 4, H. 3, S. 290. (S. 109*.)



18. *Bayer* und *Peter*, Zur Kenntnis des Neurochemismus der Hypophyse. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharm. Bd. 64, H. 3 + 4.

19. *Bayerthal*, *J.* (Worms), Erblichkeit und Erziehung in ihrer individuellen Bedeutung. 80 S. 2 M. Wiesbaden, J. F. Bergmann. (S. 113*.)

20. *Bayerthal* (Worms), Über den Erziehungsbegriff in der Neuro- und Psychopathologie. Med. Klin. Nr. 48.

21. *v. Bechterew*, *W.*, u. *Wladyczko*, *S.* (St. Petersburg), Beiträge zur Methodik der objektiven Untersuchung von Geisteskranken. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. Bd. III, H. 2, S. 87.

22. *v. Bechterew*, *W.* (St. Petersburg), Die Funktionen der Nervenzentra. Deutsch von *R. Weinberg*. Jena, G. Fischer. 22,50 M.

23. *Becker*, *W. H.* (Weilmünster), Therapie der Geisteskrankheiten für praktische und Irrenärzte. Leipzig, B. Konnegen. 112 S. 2,60 M. (S. 131*.)

24. *Becker*, *W. H.* (Weilmünster), Über Schlafmittelkombinationen. Reichs-Med.-Anz. 36. Jahrg. Nr. 15, S. 449. (S. 133*.)

25. *Becker*, *W. H.*, Medikamentöse Behandlung der Geisteskrankheiten. Fortschr. d. Med. Nr. 4—5.

26. *Benigni*, *P. F.*, Le funzioni intestinali negli ammalati di mente studiate coi metodi di *Schmidt e Strasburger*. Riv. speriment. di Freniatr. vol. XXXVII, p. 226—265. (S. 130*.)

27. *Bensmann*, *R.*, Ein Beitrag zur Lehre von der Erblichkeit bei Psychosen und Neurosen. Inaug.-Diss. Bonn.

28. *Berger*, *H.*, Ein Beitrag zur Lokalisation der kortikalen Hörzentren des Menschen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 29, H. 6, S. 439.

29. *Beyerhaus*, *G.* (Grafenberg), Klinische Erfahrungen mit dem neuen Schlafmittel Adalin. Deutsche med. Wschr. Nr. 13, p. 589. (S. 135*.)

30. *Bigelow*, *O. P.* (Independence), A study of the cerebro-spinal fluid. Americ. journ. of insan. vol. 67, no. 4, p. 747. (S. 128*.)

31. *Binswanger*, *O.* (Jena), Über psychopathische Konstitution und Erziehung. Rede zur akad. Preisverteilung. (S. 113*.)

32. *Binswanger*, *O.* u. *Siemerling*, *E.*, Lehrbuch der Psychiatrie. Jena, Gust. Fischer. 412 S. 6 M. (S. 106*.)

33. *Birnbaum*, *K.*, Zur Frage der psychogenen Krankheitsformen. II.



Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 7, H. 4, S. 404. (S. 113*.)

34. *Birnbaum*, *K.* (Berlin-Buch), Zur Nomenklatur der psychopathischen Grenzzustände. Psych.-neurol. Wschr. XIII. Jg. Nr. 24, S. 230. (S. 113*.)

35. *Bischoff*, *E.*, Über einen Fall von Starkstromverletzung. Die Restitutionsreihe der körperlichen und geistigen Störungen Med. Klin. Nr. 28, S. 1080. (S. 125*.)

36. *Boedeker* u. *Falkenberg*, IV. internationaler Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke. Berlin, Oktober 1910. Halle a. S. 1911, C. Marhold. 1026 S. 20 M. (S. 102*.)

37. *Bogart*, *G. H.*, Die Sterilisierung der Untauglichen. Texas. med. journ. no. 8.

38. *Bond*, *E. D.*, Common salt and fluid retention. A clinical example. The Boston med. and surgical journ. no. 3. (S. 128*.)

39. *Booth*, *D. S.* (St. Louis), Psychotherapy from a physiological standpoint. The alien. and neurol. vol. 32, no. 1, p. 18—39.

40. *Bornstein*, *M.* (Warschan), Über psychotische Zustände bei Degenerativen. Ztschr. f. d. gesamte Neurol. u. Psych. Bd. 7, H. 2, S. 127.

41. *Bornstein*, *A.* (Hamburg), Über die Lecithinämie der Geisteskranken. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 6, H. 5, S. 605.

42. *Bornstein*, *A.*, Untersuchungen über die Atmung der Geistes- und Nervenkranken. IV. Teil: Die Erregbarkeit des Atemzentrums, besonders bei Epileptikern. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 19, H. 5, S. 367.

43. *Boruttau*, *H.*, *Mann*, *L.*, *Levy-Dorn*, *M.* u. *Krause*, *P.*, Handbuch der gesamten medizinischen Anwendungen der Elektrizität einschließlich der Röntgenlehre , II. Bd., I. Hälfte. Leipzig. *Dr.* W. Klinkhardt. 409 S. 20 M. (S. 108*.)

44. *Bossi*, *L. M.*, Psychische Störungen auf gynäkologischer Basis. Riforma med. no. 12.

45. *Bossi*, *L. M.*, Gynäkologische Läsionen bei der Manie des Selbstmordes und gynäkologische Prophylaxe gegen den Selbstmord. Ztrbl. f. Gynäkol. Nr. 36.



46. *Bouchaud*, Othématome et tumeurs séro-albumineuses du pavillon de l'oreille. Journ. de neurol. no. 15, p. 281.

47. *Boulenger* (Lierneux), Poésie et demence. Journ. d. Neurol. (S. 105*.)

48. *Bourilhet*, Le „veronidia" dans les maladies nerveuses et mentales. Arch. intern. de neurol. 33e année, vol. I, 9e série.

49. *Bravetta, E.* (Mombello), La reazione meiostagminica nelle malattie mentali. Rassegna di studi psich. vol. I, fasc. 1, p. 31. (S. 128*.)

50. *Bresgen. M.* (Wiesbaden), Die ärztliche Beeinflussung der Kranken. Leipzig, G. Thieme. 69 S. (S. 132*.)

51. *Bridon, V.*, Question de méthode. Revue de psych. no. 6, p. 222.

52. *Buckley, A. C.*, Psychiatric preventive medicine. Bulletin of the medico-chirurgical college of Philadelphia, march 1911.

53. *Bürgi*, E. (Bern), Untersuchungen über die Wirkung von Arzneigemischen. Berl. klin. Wschr. Nr. 20, S. 877. (S. 133*.)

54. *Bürgi, E.*, Allgemeine Bemerkungen zu meinen die Wirkung von Arzneikombinationen betreffenden Arbeiten. Ztschr. f. exper. Pathol. u. Ther. Bd. 8, H. 3, S. 523—600.

55. *Bulter, G. F.*, Survivals of folk-lore. The alien. and neurol. vol. 32, no. 1, p. 127.

56. *Bumke, O.* (Freiburg i. Breisg.), Die Pupillenstörungen bei Geistes- und Nervenkrankheiten (Physiologie und Pathologie der Irisbewegungen). II. vollst. umgearb. Aufl. 357 S., 6,50 M. Jena, G. Fischer. (S. 106*.)

57. *Butenko, A. A.* (Moskau), Über die Bedeutung der *Ehrlich*schen Dimethylamidobenzaldeydreaktion in der Klinik der psychischen Krankheiten. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 29, H. 6, S. 473. (S. 129*.)

58. *Camus, P.*, Hallucinations visuelles et hémianopsie. L'encéphale no. 6, p. 521.

59. *Cannon, G. L.* and *Rosanoff, A. J.*, Preliminary report of a study of heredity in insanity in the light of the mendelian laws. Journ. of nerv. and ment. disease vol. 38, no. 5, p. 272.

60. *Casamajor, L.* (New York), Bromide intolerance and bromide poisoning. The journ. of nerv. and mental disease, vol. 38, no. 6, p. 345. (S. 128*.)



61. *Chloroschko*, *W. K.*, Versuche mit Einführung von Nervengewebe in den Tierorganismus und ihre mögliche Bedeutung für die Pathologie des Menschen. Korsakowsches Journ. f. Neuropathol. u. Psych. 1911, H. 4. (S. 102*.)

62. *Cimbal*, *W.* (Altona), Ein einfacher Auffassungsapparat für den klinischen Gebrauch. Münch. med. Wschr. Nr. 28, S. 1512. (S. 115*.)

63. *Citron*, *J.*, Zur Pathologie der psychophysiologischen Blutverschiebung. Deutsche med. Wschr. Nr. 39, S. 1789. (S. 114*.)

64. *Claus*, *A.* (Mortsel-lez-Anvers), Adaline, sédativ et soporifique nouveau. Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique no. 156, p. 230.

65. *Clouston*, *T. S.* (Edinburgh), The diploma in psychiatry. Journ. of ment. scien. no. 237, vol. 57, p. 207.

66. *Cohn*, *T.*, Reflektorische Kniestreckung bei Beklopfen der Fußsohle. Neurol. Zentralbl. Nr. 19, S. 1107. (S. 126*.)

67. *Collins*, *E. T.* (Cardiff), Notes on gynaecological conditions coincident with mental disturbances. Journ. of mental science no. 237, vol. 57, p. 321. (S. 133*.)

68. *Cotton*, *H. A.* and *Hammond*, *Fr. S.* (Trenton), Cardio-genetic psychoses. Report of case with autopsy. Americ. journ. of insan. no. 3, vol. 67, p. 467. (S. 119*.)

69. *Crothers*, *T. D.* (Hartford), A forecast of the evolutions and revolutions in medical education. The alien. and neurol. vol. XXXII, no. 4, p. 633.

70. *Curschmann*, *H.* (Mainz), Über die therapeutische Bedeutung der Lumbalpunktion. Ther. d. Gegenw. Juni 1911. (S. 133*.)

71. *Damaye*, *H.*, La confusion mentale et ses associations. Ann. méd.-psychol. 69e ann., no. 2, p. 251.

72. *Damaye*, *H.*, Étude anatomo-clinique d'un cas de psychose toxi-tuberculeuse à la période confusionnelle. Revue d. psych. A. XV, 7e série, 15e ann., no. 1, p. 24.

73. *Damaye*, *H.* (Bailleul), L'évolution des maladies mentales. L'écho méd. du Nord, 1. Jan. 1911.

74. *Damaye*, *H.*, Les affections mentales curables et leur traitement. Journ. de neurol., 16e an., no. 8, p. 141.



75. *Dautheville*, Le „cafard" ou la psychose des pays chauds. Arch. d'anthropol. crimin. p. 5.

76. *Dawson*, *W. R.* (Dublin), Relation between the Geographical Distribution of Insanity and that of Certain Social and other Conditions in Ireland.

77. *Déjerine*, *J.*, Le domaine de la psychiatrie. La presse méd. no. 41.

78. *De Somer*, *E.* (Tournai), Études sur la circulation sanguine des aliénés; influence du traitement au lit sur les vaisseaux splanchniques et sur le fonctionnement du cœur.

79. *Devine*, *H.* (Wakefield), Abnormal mental states associated with malignant disease. Journ. of ment. sciėn. no. 237, vol. 57, p. 348. (S. 126*.)

80. *Devine*, *Henry* (Wakefield), The pathogenesis of a delusion. The journ. of ment. science, vol. 57, no. 238, p. 458.

81. *Diehl*, *A.* (Lübeck), Erfahrungen über einige Arzneimittel in der Hand des Nervenarztes. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 29, H. 6, p. 450. (S. 133*.)

82. *Döllken* (Leipzig), Die großen Probleme in der Geschichte der Hirnlehre. 32 S. 1,20 M. Leipzig, Veit u. Co. (S. 100*.)

83. *Donath*, *I.* (Budapest), Hypnoval. Orvosi Hetilap. Nr. 3.

84. *Dornblüth*, *O.* (Wiesbaden), Morphiumentziehung mittels Opium und Pantopon. Deutsche med. Wschr. Nr. 15, S. 697. (S. 135*.)

85. *Dreyfus*, *G. L.* (Frankfurt a. M.), Über die Bedeutung der Ätiologie bei der Beurteilung leichter Depressionszustände. Münch. med. Wschr. Nr. 20, S. 1063. (S. 121*.)

86. *Dupré* et *Devaux*, La mélancolie du peintre ***Hugo van der Goes***. Journ. de neurol. belg. 20. Jan. 1911.

87. *Dupré*, La psychiatrie d'urgence. Le méd. pract. 15. Febr. 1911.

88. *Eastmann*, *F. C.* (Brooklyn), The relative importance of hereditary and acquired causes in the production of the anatomical stigmata. Neurographs vol. 1, no. 3, issued january 12, p. 173.

89. *Ebstein*, *E.* (Leipzig), Angeborene familiär auftretende Mißbildungen an den Händen. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 22, H. 4.

90. *Emanuel*, *G.* (Charlottenburg), Eine Methode zur Verhinderung



des Erbrechens bei der Sondenernährung. Psych.-neurol. Wschr. XII. Jahrg., Nr. 50. (S. 136*.)

91. *Erdmann*. *C. C.* (Waverley), On the determination of alkylamines obtained from urine after Kjeldahl digestion. Journ. of biolog. chemistry vol. IX, 2. April 1911.

92. *Essayantz*, *B.* (Tiflis), Psychose et opportunité d'être aliéné, thèse pour obtenir le grad de docteur en méd. Genève 1911. (S. 109*.)

93. *Etchart*, *C. R.*, La duración de los sentimientos, como la de las sensaciones, es mayor que la de sus respectivos excitantes. Revista fren. española, año IX., no. 97, p. 1.

94. *Eulenburg*, *A.* (Berlin), Sadismus und Masochismus. 2. Aufl. Wiesbaden, Bergmann. 106 S. 2,80 M. (S. 108*.)

95. *Euzière*, *J.*, *Mestrezat*, *W.*, et *Roger*, *H.*, La réaction du liquide céphalorachidien à l'acide butyrique (réaction de Noguchi). L'encéphale no. 9 (10 sept., p. 214).

96. *Evensen*, Degenerationslehre. Norsk. Mag. f. Laegevid Nr. 3.

97. *Ewers*, *H. H.*, Memoiren einer Besessenen von Sœur Jeanne. 4 M. Stuttgart 1911. Robert Lutz. (S. 105*.)

98. *Faivre*, Le Veronidia dans un cas de méningite avec délire paratyphique et chez un héroïnomane. 4 S. Poitiers 1911, G. Basile. (S. 135*.)

99. *Farkas*, Das Wetterfühlen. Ztschr. f. physik. u. diätet. Ther. Februar und März.

100. *Faulks* (Bexley), The sterilisation of the insane. Journ. of ment. science vol. 57, no. 236, p. 63.

101. *Fiévat*, *C.*, Über kongenitale Mißbildungen des äußeren Ohres. Inaug.-Diss. Bonn. (S. 113*.)

102. *Fitzgerald*, *J. G.* (Toronto), Immunity in relation to psychiatry. Americ. journ. of insan. vol. 67, no. 4, p. 687. (S. 133*.)

103. *Fleischmann*, *R.*, Beiträge zur Lehre von der konträren Sexualempfindung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 7, H. 3, S. 262. (S. 108*.)

104. *Foerster*, *Rudolf* (Berlin-Charlottenburg), Beziehungen von Beruf und Mode zu Geisteskrankheiten. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. Bd. III, H. 6, S. 321. (S. 110*.)

105. *Forel*, *A.*, Der Hypnotismus oder die Suggestion und die Psycho-

therapie. 6. Aufl., 306 S. 6,60 M. Stuttgart, F. Enke. (S. 107*.)

106. *Forster, Eugen* (Bonn), Über Adalinwirkung bei Geisteskrankheiten. Psych. neurol. Wschr. XIII. Jahrg., Nr. 28, S. 281.

107. *Frankhauser, K.*, Geschwisterpsychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. V, H. 1, S. 52. (S. 121*.)

108. *Franz, S. Y.*, On the function of the postcentral cerebral convolutions. Bull. no. 3 Government hospital for the insane, Washinston. (S. 131*.)

109. *Francotte, X.*, La maîtrise de soi. Journ. de neurol. no. 13, p. 241.

110. *Froehlich, E.* (Berlin), Beobachtungen über ein neues Sedativum und Einschläferungsmittel, das Adalin. Berl. klin. Wschr. Nr. 1. (S. 135*.)

111. *Funaioli, G.*, Organizzazione del servizio medico-psichiatrico nell' esercito. Riv. speriment. di Fren. vol. 37, p. 337. (S. 116*.)

112. *Funk, K.*, Über das absolute und relative Hirngewicht bei Tieren. Inaug.-Diss. Würzburg. 32 S. (S. 101*.)

113. *Genil-Perrin, G.*, (Paris), L'idée de dégénérescence dans l'œuvre de Morel. Revue de psychiatrie et de psychol. exper. tom. 15, no. 4, p. 134.

114. *Genil-Perrin, G.* (Paris), L'altruisme morbide. L'année psychol. tome 17, p. 233. (S. 121*.)

115. *Genil-Perrin, G.* (Paris), La psychiatrie dans l'oeuvre de Cabanis. Revue de Psych. tome 14, no. 10. (S. 105*.)

116. *Glamser, J.* (Tübingen), Die Beeinflussung der Hirnzirkulation durch Bäder. Ztschr. f. physikal. u. diätet. Ther., März.

117. *Glaser, G.*, Allgemeine Bemerkungen über die Bestrebungen und Ziele der modernen Psychiatrie. Schweiz. Korresp.-Bl. Nr. 27.

118. *Gley, E.*, Le néo-vitalisme en face des progrès récents de la physiologie générale. Bull. de l'institut général psychol. no. 1, p. 17.

119. *Goldflam, S.* (Warschau), Über das weitere Schicksal von Individuen, denen die Sehnenreflexe fehlen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 8, H. 2, S. 230. (S. 126*.)



120. *Goldschmidt*, *R.*, Einführung in die Vererbungswissenschaft. 11 M. Leipzig, W. Engelmann.

121. *Gottschalk*, *A.*, et *Marie*, *A.*, La maladie et la mort du roi Louis II de Bavière. Arch. de neurol. 33e ann., no. 4, p. 205.

122. *Grafe*, *E.* (Heidelberg), Stoffwechselverlangsamung im Stupor. Deutsch. Arch. f. Klin. Med. Bd. 102, H. 1—2. (S. 130*.)

123. *Grasset*, L'inversion sexuelle est-elle une maladie? Paris méd. no. 45.

124. *Graves*, *W. W.* (St. Louis), Scapula scaphoidaea, eine häufig vorkommende Anomalie des Schulterblattes. Ihr Zusammenhang mit Syphilis in der Aszendenz. Med. Klinik Nr. 8, S. 298. (S. 121*.)

125. *Graziani*, *Aldo*, Ricerche sulle modificazioni citologiche del sangue nelle principali psicosi. Riv. speriment. di Fren. vol. XXXVII, p. 156—194. (S. 129*.)

126. *Groeber*, *A.*, Über Veronal. Biochem. Ztschr. Bd. 31, S. 1.

127. *v. Gruber*, *M.*, u. *Rüdin*, *E.* (München), Fortpflanzung, Vererbung, Rassenhygiene. Katalog der Gruppe Rassenhygiene der internationalen Hygieneausstellung 1911 in Dresden. 182 S. 3 M. München, J. F. Lehmann. (S. 111*.)

128. *Gudden*, *H.*, (München), Arsenhämatose bei nervöser und psychischer Erschöpfung. Deutsche med. Wschr. Nr. 45, S. 2090.

129. *Haecker*, *V.* (Halle), Allgemeine Vererbungslehre. 392 S., 4 Taf., 335 Textfig. 14 M. Braunschweig 1911, Vieweg u. Sohn.

130. *Hahn*, *R.* (Frankfurt a. M.), Babinskisches Zeichen und verwandte Erscheinungen unter Einwirkung von Hyoszin und Alkohol. Neurol. Zentralbl. 1911, Nr. 11, S. 114. (S. 126*.)

131. *Halbey*, *K.* (Uckermünde), Geistesstörungen, Schwachsinn, psychische Abnormitäten und ihre Bedeutung bei der Einwanderung in die Vereinigten Staaten von Nordamerika. Psych.-neurol. Wschr. 13. Jahrg., Nr. 18, S. 171. (S. 116*.)

132. *Hammer*, *Fr.* (Stuttgart), Die Anwendbarkeit der Mendelschen Vererbungsregeln auf den Menschen. (Referat.) Münch. med. Wschr. Nr. 33, S. 1782.

133. *Hannard*, *P.*, Le délire d'interprétation de Sérieux et Capgras. Contribution clinique à l'étude des délires systématisés chroniques. 242 S. Lille 1911, Camille Robbe. (S. 124*.)



134. *Hannes*, *W*. (Breslau), Zur Frage der Beziehungen zwischen asphyktischer und schwerer Geburt und nachhaltigen psychischen und nervösen Störungen. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 68, H. 3. (S. 117*.)

135. *Hannes*, *W*. (Breslau), Bestehen nachweislich Beziehungen zwischen asphyktischer und schwerer Geburt zu späterhin auftretenden psychischen und nervösen Störungen? Neurol. Zentralbl. Nr. 18, S. 1035. (S. 117*.)

136. *Haymann*, *H*. (Freiburg i. B.), Neuere Arbeiten über Geisteskrankheiten bei Kindern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Referat und Ergebn. Bd. III, H. 7, S. 609. (S. 120*.)

137. *Haymann*, *H*. (Freiburg), Weitere Erfahrungen mit Pantopon. Münch. med. Wschr. Nr. 2. (S. 135*.)

138. *Heinicke*, *W*. (Waldheim), Zur Klinik der Gefängnispsychosen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 48, S. 3, S. 109. (S. 124*.)

139. *Heinicke*, *W*. (Waldheim), Über die Anfänge geistiger Störungen bei Strafgefangenen. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. VIII, H. V, S. 276. (S. 124*.)

140. *Hellpach*, *W*., Das Pathologische in der Kunst. 44 S. 1 M. Heidelberg, Karl Winters Universitätsbuchhandl.

141. *Hennes*, *H*. (Bonn), Über Adalinwirkung bei Neurosen und Psychosen. Ztschr. f. d. gesamte Neurol. u. Psych. Bd. 4, H. 4, S. 507. (S. 134*.)

142. *Herzenberg*, Weitere Untersuchungen über die Wirkungen von Narcotica-Antipyretica-Kombinationen. Ztschr. f. exper. Pathol. u. Ther. Bd. 8, H. 3.

143. *Heveroch*, *Ant*. (Prag), Ein Beitrag zur psychologischen Analyse der Halluzinationen, Wahnideen und Obsessionen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 7, H. 2, S. 113. (S. 110*.)

144. *Hey*, *Jul*. (Straßburg), Weitere Bemerkungen zur Prüfung der Pupillarlichtreaktion. Neurol. Zentralbl. Nr. 17, S. 978. (S. 114*.)

145. *Heym*, *A*. (Chicago), Zur Entstehung der Bewußtseinsstörungen. Neurol. Zentralbl. Nr. 23, S. 1357.

146. *Higier*, *H*. (Warschau,) Pathologie der angeborenen, familiären und hereditären Krankheiten, speziell der Nerven- und



Geisteskrankheiten. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 48. H. 1, S. 41. (S. 111*.)

147. *Hirschfeld*, *M*. (Berlin), Über horror sexualis partialis (sexuelle Teilaversion, antifetischistische Zwangsvorstellungen, Fetischhaß). Neurol. Zentralbl. Nr. 10, S. 530. (S. 108*.)

148. *Hirschfeld*, *H*. (Berlin), Über Adalin, ein neues Beruhigungs- und Einschläferungsmittel. Berl. klin. Wschr. Nr. 8, S. 341. (S. 134*.)

149. *Hitzig*, *E*., Der Schwindel. (Vertigo.) 2. Aufl. Neu herausgegeben und bearbeitet von *J. Rich. Ewald* und *Robert Wollenberg*. (Straßburg). 141 S. 3 M. Wien, A. Hölder. (S. 107*.)

150. *Hochsinger*, *K*., Fazialisphänomen und jugendliche Neuropathie. Wiener klin. Wochenschr. N. 43. (S. 121*.)

151. *Hoepffner*, *Ch*. (Badenweiler), Ein Fall phantastischer Erlebnisse im Verlauf einer chronischen Lungentuberkulose. Ztschr. f. d. gesamte Neurol. u. Psych. Bd. 4, H. 5, S. 678. (S. 127*.)

152. *Huber*, *O*. (Schöneberg), Amylencarbonat als Schlafmittel. Med. Klin. Nr. 32, p. 1234. (S. 135*.)

153. *Hughes*, *C. H*. (St. Louis), Salome the necrophile. The Alien. and neurol. vol. 32, no. 2, p. 241.

154. *Hughes*, *C. H*. (St. Louis), Sadistic insanity (?) and pseudo-expertism in court. The alien. and neurol. vol. 32, no. 2, p. 258.

155. *Isserlin*, *M*. (München), Nachtrag zu meinem Aufsatz: Über die Beurteilung von Bewegungsstörungen bei Geisteskrankheiten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 4, H. 4, p. 617.

156. *Jacobson*, *E*., Experiments on the inhibition of sensations. Psychol. review no. 1.

157. Jahrbücher f. Psychiatrie und Neurologie, herausgegeben von *Hartmann*, *F*., *Mayer*, *K*., *Obersteiner*, *H*., *Pick*, *A*., *Wagner von Jauregg*, *J*., redigiert von *Marburg*, *O*., und *Raimann*, *E*. Bd. 32, H. 1 u. 2. Leipzig und Wien, Franz Deuticke. (S. 103*.)

158. *Jaspers*, *Karl* (Heidelberg), Zur Analyse der Trugwahrnehmungen (Leibhaftigkeit und Realitätsurteil). Ztschr. f. d. gesamte Neurol. u. Psych. Bd. 6, H. 4, S. 460. (S. 110*.)



159. *Jeffrey*, *G. R.* (Dumfries), On the mechanism of mental processes, with special reference to emotional control. Journ. of ment. science vol. 57, Nr. 236, p. 85.

160. *Jelgersma*, *G.*, Leerboek der Psychiatrie. I. Teil. 6,25 M. Amsterdam, Scheltema u. Holkema.

161. *Jelliffe*, *S. E.* (New York), Notes on the history of psychiatry. The alien. and neurol. vol. 32, no. 1, p. 141. (S. 106*.)

162. *Jennicke*, *Eugen*, (Roda, S.-A.), Zur Bestimmung des Hirngewichtes bei Geisteskrankheiten. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. XIII, Nr. 29, S. 289. (S. 101*.)

163. *Jennicke*, *E.* (Roda), Zur Wirkung des Adalins bei Geisteskranken. Psych. neurol. Wschr. Jahrg. XII, Nr. 50, S. 466. (S. 134*.)

164. *Jentsch*, *Ernst*, Die Genialitätslehre Lombrosos. Reichs-Med.-Anz. Nr. 3, 4 u. 5. (S. 105*.)

165. *Jentsch*, *Ernst*, Über die Agilität. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. XIII, Nr. 28, S. 283. (S. 110*.)

166. *Jentsch*, *E.*, Musik und Nerven, II.: das musikalische Gefühl. 95 S. 2,80 M. Wiesbaden, J. F. Bergmann.

167. *Jermakow*, *J.*, Blutuntersuchungen bei einigen Formen von Geistesstörung. Korsakoffsches Journ. f. Neuropathol. u. Psyche. (Russ.) 10.1035.

168. *Jolly*, *Ph.* (Halle a. S.), Beitrag zur Statistik und Klinik der Puerperalpsychosen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 48, H. 2, S. 792. (S. 123*.)

169. *Jolly*, *Ph.* (Halle a. S.), Prognose der Puerperalpsychosen. Münch. med. Wschr. Nr. 3. (S. 123*.)

170. *Jones*, E., The pathology of morbid anxiety. The journ. of abnorm. psychol. VI, 81. (S. 126*.)

171. *Jones*, *E.*, The psychopathology of everyday life. Americ. journ. of psychol. vol. 22, p. 477. (S. 126*.)

172. *Jones*, *E.*, The action of suggestion in psychotherapy. Journ. of abnormal psychol., january. (S. 132*.)

173. *Jones*, *Robert* (London), Die Temperamente. Gibt es ein neurotisches? Lancet 1. VII., no. 4583.

174. *Joteyko*, *J.*, Rapport sur le sentiment de la justice Enquête écoles normales. Revue psychol. 4, fasc. 1, p. 55.



175. *Joteyko, J.*, Les illusions alimentaires. La revue psychol. fasc. 2, p. 214.

176. *Joussain, A.*, L'idée de l'inconscient et l'intuition de la vie. Revue Philos. 36ᵉ an, no. 5, p. 467.

177. *Juliusburger* (Steglitz), Zur sozialen Bedeutung der Psychiatrie. Med. Reform. (S. 102*.)

178. *Juschtschenko, A. J.*, Untersuchung der fermentativen Prozesse bei Geisteskranken. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 8, H. 2, S. 153. (S. 116*.)

179. *Kahn, J.*, Einige Versuche über die Kobragifthämolyse und die praktische Bedeutung der Kobrareaktion. Inaug.-Diss. Göttingen.

180. *Kalischer, S.*, Über Adalin. Neurol. Zentralbl. Nr. 1. (S. 134*.)

181. *Kausch, W.*, Intravenöse und subkutane Ernährung mit Traubenzucker. Deutsche med. Wschr. Nr. 1. (S. 136*.)

182. *Kausch, W.*, Nachtrag zu meinem Aufsatze über: „intravenöse und subkutane Ernährung mit Traubenzucker". Deutsche med. Wschr. Nr. 14, S. 654.

183. *Kempner, A.* (Charlottenburg), Das neue Sedativum und Hypnoticum Adalin. Neurol. Zentralbl. Nr. 6, S. 309. (S. 134*.)

184. *Kiernan, J. G.* (Chicago), Is genius a sport a neurosis or a child potentiality developed? The alien. and neurol. vol. 32, no. 1, p. 156; no. 3, p. 439; no. 4, p. 626.

185. *Kiernan, J. G.* (Chicago), Thumbsucking as an auto-erotic phenomen. Pediatrics vol. XXIII, no. 4.

186. *Kiernan, Jas. G.*, Ascetism as an autoerotism. The alien. and neurol. vol. 32, no. 3, p. 407. (S. 108*.)

187. *Kilian, K.* (Gießen), Untersuchung der Assoziationen bei Maniakalischen. Klin. f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. VI, H. 1, S. 28. (S. 125*.)

188. *Kitay, J.*, Patellarreflektometer. Wien. med. Wochenschr. Nr. 30.

189. *Klepper, G.* (Gießen), Die Unterscheidung von epileptischen und katatonischen Zuständen, speziell aus den Assoziationen. Klin. f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. VI, H. I, S. 1. (S. 125*.)

190. *König, H.* (Kiel), Klinische Versuche mit Adalin als Sedativum und Hypnoticum. Berl. klin. Wschr. Nr. 41, S. 1835. (S. 134.*)



191. *König, H.* (Kiel), Zur Kasuistik der nach Blitzschlag auftretenden psychischen Störungen. Berl. klin. Wschr. Nr. 25, S. 1121. (S. 125*.)

192. *Kohut, Adolph* (Berlin), Ein unbekannter Aufsatz von Dr. med. Freiherr *Ernst v. Feuchtersleben* über die ärztliche Seelenkunde. Med. Klin. Nr. 38, S. 1478. (S. 106*.)

193. *van der Kolk*, Babinskisches Symptom. Tijdschr. v. Geneesk. no. 6.

194. *Kopystynski, E. A.*, Schädeltrauma und Psychosen. Obosrenje psychiatrii 1910, no. 911 (russisch). (S. 118*.)

195. *Krug, M.*, Über den Mendel-Bechterewschen Fußrückenreflex. Inaug.-Diss. Leipzig.

196. *Kure, Shize* (Tokio), Eine Reise nach der Insel Taiwan, Formosa. Neurologia, deutsche Ausgabe Bd. 2, S. 1. (S. 103*.)

197. *Lachtin, M., J.*, Aus der Vergangenheit der russischen Psychiatrie. Korsakowsches Journ. f. Neuropathol. u. Psych. 1911, H. 4 (russ.) (S. 104*.)

198. *Ladame, Ch.*, Les cellules de Betz dans les maladies mentales. L'Encéphale no. 6, p. 532. (S. 131*.)

199. *Lagriffe*, Contribution à l'étude du rôle des méningites dans certaines affections mentales. La presse médicale no. 51, p. 609. (S. 118*.)

200. *Langdon. F. W.* (Cincinnati), Life, mind and matter. The alien. and neurol. vol. 32, no. 2, p. 244.

201. *Langworth, S. G.*, Der Blutdruck bei Geistesstörungen. Brit. med. journ. 10. Juni, no. 2630.

202. *Lapointe, M.*, Un cas d'hermaphrodisme. Le méd. praticien. 22. März.

203. *Laurés, Gaston*, Syndrome confusionnel consécutif à une tentative suicide par submersion. La clinique no. 33, p. 517.

204. *Leeper, R.* (Dublin), Note on Hereditary Insanity from a Practical Standpoint. Journ. of ment. science Oktober, p. 628.

205. *Le Lavoureux, H.*, Une observation d'hérédité polymorphe. L'encéphale no. 7, p. 50.

206. *Liepmann, H.* (Dalldorf), Über die wissenschaftlichen Grundlagen der sogenannten „Linkskultur“. Deutsche med. Wschr. Nr. 27, S. 1249. (S. 109*.)



207. *Liepmann, H.* (Berlin), Über Wernickes Einfluß auf die klinische Psychiatrie. Berlin, S. Karger. 37 S. 1 M. (S. 106*.)

208. *Liepmann, H.* (Berlin), Wernickes Einfluß auf die klinische Psychiatrie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 30, H. 1, S. 1.

209. *Loewe, S.*, Über den Phosphorstoffwechsel bei Psychosen und Neurosen. (Zweite Mitteilung.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. und Psych. Bd. V, H. 4, S. 445. (S. 130*.)

210. *Loewe, S.*, Untersuchungen über die Harnkolloide von Epileptikern und Geisteskranken. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. VII, H. 1, S. 73. (S. 130*.)

211. *Loewenfeld, L.* (München), Über die sexuelle Konstitution und andere Sexualprobleme. 231 S. 6 M. Wiesbaden, J. F. Bergmann. (S. 107*.)

212. *Loewenstein, Jos.* (Obernigk), Bemerkung zu dem Artikel „Ein Fall von Paraldehydvergiftung" von Dr. *G. Maier* (Nr. 4 der Berl. klin. Wschr.) Berl. klin. Wschr. Nr. 7, S. 323. (S. 135*.)

213. *Lomer, G.*, Das Christusbild in Gerhart Hauptmanns „Emanuel Quint". 67 S. 1,40 M. Leipzig, J. A. Barth. (S. 105*.)

214. *Lomer, G.*, Krankes Christentum. Gedanken eines Arztes über Religion und Kirchenerneuerung. 109 S. 2 M. Leipzig, J. A. Barth. (S. 105*.)

215. *Lomonosoff*, Über die Beeinflussung der Wirkung narkotischer Medikamente durch Antipyretica. Ztschr. f. experiment. Pathol. u. Ther. Bd. 8, H. 3.

216. *López, Gustavo* (Habana), Los locos en Cuba (Apuntes históricos). Revista frenopática Española num. 102—105.

217. *Lowinsky, J.* (Berlin), Adalin. Ther. d. Gegenw. Nr. 5.

218. *Ludwig, Johannes*, Psychose und Erysipelas. Inaug.-Diss. Kiel.

219. *Maass, Otto*, Über den gekreuzten Zehenreflex, im besonderen über seine klinische Bedeutung. Deutsche med. Wschr. Nr. 48, S. 2222 (S. 126*.)

220. *Maass, S.* (Dösen), Über den Restkohlenstoff des Blutes bei Psychosen und Neurosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 8, H. 2, S. 177. S. 129*.)

221. *Mac-Auliffe, L. A.*, *Arone, A.* (Paris), Les applications de la



morphologie humaine à la sociologie et à la médecine. Arch. intern. de neurol. juin, 33 ann., vol. I, 9e série, p. 362.

222. *Magnan* et *Pozzi*, Inversion du sens genital chez un pseudohermaphrodite féminin. Sarcome de l'ovaire gauche opéré avec succès. Bull. de l'académie de médecine tome 65, no. 5.

223. *Maier*, *G.* (Berlin), Ein Fall von Paraldehydvergiftung. Berl. klin. Wschr. Nr. 4, S. 176. (S. 135*.)

224. *Maier*, *Hans*, *W.* (Zürich-Burghölzli.), Die nordamerikanischen Gesetze gegen die Vererbung von Verbrechen und Geistesstörung und deren Anwendung. Jurist.-psych. Grenzfragen Bd. VIII, H. 1/3. (S. 103*.)

225. *Mairet* (Montpellier), Le vagabondage constitutionnel ou des dégénérés. Ann. méd.-psychol. tome 40, no. 1, p. 7.

226. *Major*, Die psychopathische Konstitution. Petersb. med. Wschr. Nr. 17.

227. *v. Maltzahn C.*, Versuche über Aufmerksamkeitsstörungen bei Geisteskranken mit Hilfe der Bourdonschen Probe. 68 S. 9 Tabellen. 1,50 M. Berlin 1911, Emil Ebering. (S. 125*.)

228. *Marchand*, *L.*, Confusion mentale aiguë et ataxie aiguë. Bull. et mémoires de la soc. méd. des hôpitaux de Paris no. 12, p. 387. (S. 131*.)

229. *Marie*, *A.* (Villejuif), Faits relatifs à l'étude anatomoclinique des hallucinations latéralisées. Arch. de neurol. 33e ann. no. 2, p. 86.

230. *Marie*, *A.*, et *Chaillon*, *A.*, et *Mac-Auliffe*, *L.*, Anthropologie psychiatrique. Le type cérébral. Arch. intern. de neurol. 33e ann., no. 1, p. 8.

231. *Martens*, *Fr.*, Der Torus palatinus als Rassenmerkmal. Ztschr. f. Ohrenheilk. u. f. d. Krankh. d. Luftwege. Bd. 63, H. 1 u. 2.

232. *May*, *J. V.* (Fishkill-on-Hudson), The modern trend of psychiatry. Interstate med. journ. vol. 18 no. 11.

233. *Mayer*, *H.*, Kompendium der Neurologie und Psychiatrie. II. Aufl. 208 S. Freiburg i. B.-Leipzig, Speyer u. Kaerner.

234. *Meyer*, *E.* (Königsberg), Die Puerperalpsychosen. Arch. f. Psych. Bd. 48, H. 2. (S. 123*.)

235. *Meyer*, *E.* (Königsberg), Klinische Demonstrationen mit Vorträgen aus dem Gebiete der Psychiatrie und Neurologie.



Ztschr. f. Bahn- u. Bahnkassenärzte Nr. 1, 2, 3 (1910 Nr. 11). (S. 108*.)

236. *Meyer, E.* (Königsberg i. Pr.), Der psychische Zustand frisch Verletzter. Berl. klin. Wschr. Nr. 19 S. 829. (S. 118*.)

237. *Meyer, S.* (Danzig), Springender und schnellender Patellarreflex bei Neurosen. Neurol. Zentralbl. Nr. 12, S. 655. (S. 126*.)

238. *Mikulski, Ant.* (Lemberg), Zur Methodik der Intelligenzprüfung. Sommers Klinik f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. 6, H. 3, S. 235. (S. 115*.)

239. *Millet, Ph.*, Les châtiments corporels en Angleterre. Arch. d'anthropol. crimin. p. 35.

240. *Miloslavich, E.* (Wien), Über springende Mydriasis. Wiener klin. Rdsch. Nr. 1.

241. *Minor, L.* (Moskau), Ein neuer Thermoästhesiometer mit Mischvorrichtung. Neurol. Zentralbl. Nr. 18, S. 1037.

242. *Mitchell, J. K.*, Postoperative and postanaesthetic neurasthenias and psychoses. The americ. journ. of the med. scienc. p. 1—472.

243. *Mitterer, Karl*, u. *Biscup, Lorenz*, Praktische Erfahrungen mit Pantopon. Ther. der Gegenw., August.

244. *Moerchen, Fr.* (Ahrweiler), Über Gelonida, eine neue Tablettenform, und ihre Verwendung bei Nerven- und Gemütskrankheiten. Berl. klin. Wschr. Nr. 52, S. 2342. (S. 135*.)

245. *Moerchen, Fr.*, Die psychiatrische Diagnose geistiger Störung und deren Beurteilung nach dem „gesunden Menschenverstand". Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. XII, Nr. 41, S. 385.

246. *Moll, A.* (Berlin), Die Behandlung sexueller Perversionen mit besonderer Berücksichtigung der Assoziationstherapie. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. Bd. 3, H. 1, S. 1. (S. 132*.)

247. v. *Monakow, C.*, Neue Gesichtspunkte in der Frage nach der Lokalisation im Großhirn. 20 S. 1,40 M. Wiesbaden 1911, J. F. Bergmann. (S. 100*.)

248. *Mondio, G.* (Messing), Le psicosi incontrate nei disastrati messinesi del 28. decembre 1908. Riv. di psicol. appl. 7. ann., no. 5, p. 289. (S. 119*.)

249. *Moore, J. S.* (Cleveland), Suggestions toward a logical classification of mental disorders. Americ. journ. of insanity vol. 67, no. 4, p. 619.

250. *Morgan*, Psychoses of Child-Bearing. Med. Record no. 2109.

251. *Morton, H.*, Biochemical examination of the cerebro-spinal fluid in cases of mental disease. The journal of mental science vol. 57, no. 236, p. 1. (S. 128*.)

252. *Moß, F. W.*, Vererbung und Geisteskrankheiten. Lancet 13. Mai, Nr. 4576.

254. *Münzer, A.*, Zur Ätiologie der Puerperalpsychosen. Neurol. Zentralbl. Nr. 15, S. 851. (S. 117*.)

255. *Münzer, A.*, Über die zerebrale Lokalisation des Geschlechtstriebs. Berl. klin. Wchschr. Nr. 10, S. 430. (S. 100*.)

256. *Münzer, A.*, Psychische Epidemien. Med. Klin. Nr. 2. (S 120*.)

257. *Münzer, A.*, Über die Erscheinungsformen des Marasmus bei Hirnerkrankungen (zerebraler Marasmus) und die Möglichkeiten seines Zustandekommens. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 42, S. 43. (S. 120*.)

258. *Mugdan, Franz*, Periodizität und periodische Geistesstörungen. Sammlung zwangloser Abhandlungen a. d. Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten, Bd. 9, H. 4. Halle, Marhold. 18 S. 0,75 M. (S. 111*.)

259. *Näcke, P.*, Diagnostische und prognostische Brauchbarkeit der sexuellen Träume. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 2.

260. Neurologia, Zentralblatt für Neurologie, Psychiatrie, Psychologie und verwandte Wissenschaften (deutsche Ausgabe), herausgegeben von Dr. *S. Kure* und Dr. *K. Miura*. Bd. II. Tokio 1911, Verl. von Tohodo-Tanaka. (S. 103*.)

261. *v. Niessl-Mayendorf* (Leipzig), Geisteskrankheiten. Fortschr. d. Med. Nr. 51—52.

262. *Nitsche, P.* u. *Wilmanns, K.*, Die Geschichte der Haftpsychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. (Referate u. Ergebnisse) Bd. III. (S. 124*.)

263. *Nobuharu Suizu* (Tokio), Der diagnostische Wert der Wassermannschen Reaktion in ihrer Anwendung auf die Psychiatrie. Neurol. Bd. II (deutsche Ausgabe), S. 48. (S. 103*.)

264. *Normann, H. J.*, Witchcraft, demoniacal posession and insanity. The journ. of ment. science vol. 57, no. 238, p. 475.

265. *Oberholzer, Emil* (Breitenau-Schaffhausen), Kastration und Steri-



lisation von Geisteskrankheiten in der Schweiz. Jurist.-psych. Grenzfragen Bd. VIII, H. 1/3. Halle a. S., Carl Marhold. (S. 103*.)

266. *Obersteiner*, *Heinrich*, Arbeiten aus dem neurologischen Institute an der Wiener Universität. Bd. XIX, Heft 1, 132 S. 8 M. Leipzig u. Wien, Franz Deuticke.

267. *Oeconomakis*, *M.* (Athen), Weitere Untersuchungen über die Wirkung der Ermüdung auf die Reflexe. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. VI, H. 1, S. 85. (S. 115*.)

268. *Olivier*, *M.*, et *Boidard*, *M.*, Delires d'incubation à forme maniaque dans la fièvre typhoïde. Gazette des hôpitaux no. 22. (S. 127*.)

269. *Oppenheim*, *H.*, Einige Vorschläge zur Behandlung neuropathischer und psychopathischer Individuen. Deutsche med. Wchschr. Nr. 13, S. 605.

270. *Oppenheim*, *H.*, Bemerkung zur Prüfung der Pupillarlichtreaktion. Neurol. Zentralbl. Nr. 7, S. 362. (S. 114*.)

271. *Oppenheim*, *H.*, Über Dauerschwindel (Vertigo permanens). Neurol. Zentralbl. Nr. 6, S. 290. (S. 127*.)

272. *Paris*, *A.*, Les troubles de l'intelligence, de la sensibilité ou de la volonté chez les femmes enceintes, nouvelles accouchées ou nourrices. Paris, A. Maloine. 80 p.

273. *Partenheimer* (Köln) Zur Kenntnis des induzierten Irreseins. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 6, H. 3, S. 326. (S. 122*.)

274. *Pelz*, (Königsberg) Über das neue Sedativum u. Hypnoticum „Adalin". Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 4, H. 4, S. 515. (S. 134*.)

275. *Peretti*, *J.* (Grafenberg), Simulation von Geisteskrankheit. Med. Klin. Nr. 35, S. 1337. (S. 109*.)

276. *Pettow*, *R.*, Über eine besondere Form sexueller Anomalie (Selbststudie über retour à l'enfance). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 4, H. 5, S. 692.

277. *Pfahl*, *J.* (Ahrweiler), Die genauere Untersuchung der verschiedensten Bewegungsvorgänge, namentlich der willkürlichen Bewegungen mittels graphischer Methoden. Klin. f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. II, H. 1, S. 83. (S. 114*.)



278. *Pfahl, J.* (Ahrweiler), Die genauere Untersuchung feinster Zitterbewegungen sowie der sogenannten ruhigen Haltung, Stellung und Lage mittels Spiegelvergrößerung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 4. H. 5, S. 717. (S. 114*.)

279. *Pfeiffer, H.* (Graz), Ärztliches zur Ehereform. H. Groß' Archiv Bd. 42, H. 3 u. 4, S. 193. (S. 104*.)

280. *Pick, Fr.* (Prag), Über Vererbung von Krankheiten. Deutsche med. Wschr. Nr. 32, S. 1465. (S. 112*.)

281. *Pick, F.* (Prag), Über Vererbung von Krankheiten. Verh. des XXVIII. Kongresses f. innere Med. Wiesbaden, S. 128.

282. *Pighini, G.*, Über die Esterase und die Nuklease des Serums bei verschiedenen Formen von Geisteskrankheiten. Biochem. Ztschr. Bd. 33, H. 1—3. (S. 129*.)

283. *Pighini, G.* (Reggio Emilia), Über die Menge Cholesterins und Oxycholesterins des Serums bei verschiedenen Formen von Geisteskrankheiten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 4, H. 5, S. 629. (S. 129*.)

284. *Pilcz, A.* (Wien), Über neuere Fortschritte in der Therapie der Nerven- und Geisteskrankheiten. Med. Klin. Nr. 5, S. 165. (S. 132*.)

285. *Plönies, W.* (Hannover), Die diätetische und medikamentöse Behandlung der von Magenerkrankungen abhängigen zerebralen Funktionsstörungen und Psychosen. Arch. f. Psych. und Nervenkrankheiten Bd. 48, H. 2 S. 721. (S. 117*.)

286. *Preisig H.* (Cery-Lausanne), Notes sur le langage chez les aliénés. Arch. de psychol. tome 11, no. 41, p. 91.

287. *Preobrashenski P. A.* Nerven- und Geisteskranke als Kulturobjekte. Obosrenje (Revue) psychiatrii, neorol. i exper. psych. 1911. H. 3 (russisch). (S. 104*.)

288. *Prince, Morton*, The mechanism of recurrend psychopathic states, with special reference to anxiety states. The journ. of abnorm. psychol. 1911, 6, 135.

289. *Rahmer, S.*, Nikolaus Lenau als Mensch und Dichter. Ein Beitrag zur Sexualpathologie. Berlin W., Karl Curtius.

290. *Raimist, J. M.* (Odessa), Über die Fähigkeit, Sehnenreflexe willkürlich zu hemmen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 29. H. 6, S. 480. (S. 115*.)



291. *Rank*, *Otto*, Die Lohengrinsage. Ein Beitrag zu ihrer Motivgestaltung und Deutung. 181 S. 5 M. Leipzig u. Wien 1911, Franz Deuticke.

292. *Raw*, *Nathan* (Liverpool), The treatment of puerperal insanity with antistreptococcic serum. The journ. of ment. science vol. 57, no. 238, p. 506. (S. 133.)

293. *Régis*, *E.*, Traumatisme et maladies mentales. Congrès de méd. légale. Paris 1911.

294. *Rehm*, *O.*, Behandlung Geisteskranker. Fortschr. d. Med. Nr. 48. (S. 132*.)

295. *Rehm*, *O.*, Periodizität und Psyche. Klin.-ther. Wchschr. Nr. 19. (S. 110*.)

296. *Reichardt*, *M.* (Würzburg), Untersuchungen über das Gehirn. I. Teil: Über Todesarten und Todesursachen bei Hirnkrankheiten. Arbeiten aus d. psych. Klinik zu Würzburg. Jena 1911, Gustav Fischer. (S. 119*.)

297. *Reichardt*, *M.* (Würzburg), Über Hirnschwellung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. und Psych., Referate u. Ergebnisse Bd. III, H. 1, S. 1. (S. 119*.)

298. *Reis*, *E.*, Die elektrische Entartungsreaktion. Berlin, Springer.

299. *Reiss*, *Paul* (Bayreuth), Versuche mit Adalin bei Geisteskranken. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. 13, Nr. 19, S. 181. (S. 133*.)

300. *Rémond*, *A.*, et *Voivenel*, *P.*, Essai sur la rôle de la ménopause en pathologie mentale. L'Encéphale no. 2, p. 113.

301. *Révész*, *B.*, Die rassenpsychiatrischen Erfahrungen und ihre Lehren. (Beihefte zum Arch. f. Schiffs- u. Tropenhygiene, H. 5.) 194 S. 4,50 M. Leipzig 1911, J. A. Barth. (S. 104*.)

302. *Reye*, *E.*, Untersuchungen über die klinische Bedeutung der scapula scaphoidea (Graves). Ztschr. f. d. Erforsch. und Behandlg. d. jugendl. Schwachsinns Bd. V, S. 392. (S. 121*.)

303. *Ribbert*, *Hugo* (Bonn), Über Vererbung. Deutsche med. Wschr. Nr. 22, S. 1009. (S. 111*.)

304. *Rieger*, *E.*, Selbstmordversuch mit Bromural. Münch. med. Wschr. 1911, Nr. 5. (S. 135*.)

305. *Robertson*, *G. M.* (Edinburgh), The continuous administration of sulphonal; its dangers and the precautions to be adepted. Journ. of ment. science no. 237, vol. 57, p. 273.



306. *Rocha, Franco da* (St. Paulo), Contribution à l'étude de la folie dans la race noire. Ann. méd.-psychol. no. 3, p. 373. (S. 123*.)

307. *Rohde, M.*, Assoziationsvorgänge bei Defektpsychosen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 30, H. 6, S. 519. (S. 125*.)

308. *Rolet, J.*, Les amoureuses de prêtres. Esculape. Mai.

309. *Rosanoff, A. J.* und *Wisemann, J.*, A new method for the estimation of cranial capacity at autopsy. Review of neurol. and psych., february 1911. (S. 101*.)

310. *Rosanoff, A. J.*, and *Orr, F.*, A study of heredity in insanity in the light of the Mendelian theory. Americ. journ. of insanity Oct. 1911, no. 2. p. 221. (S. 112*.)

311. *Rosenfeld, M.* (Straßburg), Über den kalorischen Nystagmus. Klin.-therap. Wschr. Nr. 22. (S. 125*.)

312. *Rosenfeld, M.* (Straßburg), Das Verhalten des kalorischen Nystagmus in der Chloroform-Äthernarkose und im Morphiumskopolaminschlaf. Neurol. Zentralbl. Nr. 5, S. 238.

313. *Ross, Ch. J.* (Glasgow), The presence in blood sera of substances which have an activating or inhibitory effect on the haemolytic properties of cobra venom. Journ. of ment. science vol. 57, no. 236, p. 34. (S. 129*.)

314. *Roubinovitch, J.*, and *Paillard, H.* (Paris), Lumbar puncture in the psychoses. The alien. and neurol. vol. 32, no. 1, p. 1.

315. *Roxo*, Da vontade nos alienados. Arch. Brasil. de med. I, no. 1.

316. *Rüdin, E.*, Einige Wege und Ziele der Familienforschung, mit Rücksicht auf die Psychiatrie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. (Orig.) Bd. VII, H. 5, S. 487. (S. 112*.)

317. *Runge, W.* (Kiel), Die Generationspsychosen des Weibes. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 48, H 2, S. 545. (S. 122*.)

318. *Salomon, E.*, Eine zweckmäßige Art, den Patellarreflex auszulösen. Neurol. Zentralbl. Nr. 2. (S. 115*.)

319. *de Sanctis, S.*, Su di un nuovo procedimento per lo studio del lavoro mentale. Rivista di psicologia applicata Jahrg. 7, Nr. 3, S. 213.

320. *Sarteschi, M.*, Gigantismo ed infantilismo sessuale. Riv. ital. di neuropatol., psych. ed elettroterapia. vol. IV, fasc. 2. (S. 131*.)

321. *Savage, G. H.* (London), On insanity and mariage. Journ. of mental science vol. 57, no. 236, p. 97. (S. 104*.)



322. *Savage*, *G. H.*, A lecture on mental disorders and suicide. The Lancet, 20. Mai 1911.

323. *Seemann*, Nährmittel bei Krankheiten des Nervensystems. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. 13, Nr. 6, S. 52.

324. *Sérieux*, *P.*, et *Libert*, *L.*, Les lettres de cachet. Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique no. 159, p. 356.

325. *Sewell*, *W.* and *McDowall*, A Report upon the Bacteriological Investigation of the Blood in Fifty Cases of Insanity. Journ. of ment. science p. 661. (S. 117*.)

326. *Shuto Kure* (Tokio), Eine Reise nach der Insel Taiwan (Formosa). Neurologia Bd. II, (deutsche Ausgabe), S. 1. (S. 103*.)

327. *Sichel*, *M.* (Frankfurt a. M.), Zur Psychopathologie des Selbstmordes. Deutsche med. Wschr. Nr. 10, S. 445. (S. 113*.)

328. *Siebert*, *H.* (Petersburg), Einfluß des Fiebers auf den Verlauf von Geisteskrankheiten. Petersb. med. Wschr. Nr. 40. (S. 132*.)

329. *Simonelli*, *G.*, Il potere antitriptico del siero di sangue in alcune malattie mentali. Riv. di patol. nerv. e ment. 16, fasc. 3, p. 143.

330. *Skierlo*, *Walter*, Über Psychosen nach Trauma. Inaug.-Diss. Königsberg 1911.

331. *Sommer*, *R.* (Gießen), Genealogie und Vererbungslehre vom psychiatrischen Standpunkt. Deutsche med. Wschr. Nr. 38, S. 1733. (S. 111*.)

332. *Sommer*, *R.* (Gießen), Bemerkungen zu einem Fall von ererbter Sechsfingerigkeit. Klinik f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. 6, H. 4, S. 380. (S. 131*.)

333. *Sommer*, *R.* (Gießen), Die weitere Entwicklung der öffentlichen Ruhehallen. Klinik f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. 6, H. 4, S. 368. (S. 102*.)

334. *Spielmeyer*, *W.* (Freiburg i. Br.), Technik der mikroskopischen Untersuchung des Nervensystems. 131 S. 4,40 M. Berlin, 1911, Julius Springer.

335. *Spiller*, Ein plötzlicher Todesfall nach Lumbalpunktion durch Gehirnblutung. Deutsche militärärztl. Ztschr. H. 4.

336. *Suchanow*, *S.*, Über die sogenannte Zwillingspsychose. Medizinskoje Obosrenje 1911, no. 3 (russisch). (S. 122*.)



337. *Suizu, Nobuharu* (Tokio), Der diagnostische Wert der Wassermannschen Reaktion in ihrer Anwendung auf die Psychiatrie. Neurologia, deutsche Ausgabe, Bd. 2, S. 48. (S. 103*.)

338. *Szécsi, Stephan* (Berlin), Neue Beiträge zur Zytologie des Liquor cerebrospinalis: Über Art und Herkunft der Zellen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. VI, H. V, S. 537.

339. *Szécsi*, Beiträge zu der zytologischen Untersuchung der Lumbalflüssigkeit. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 29, H. 1.

340. *Scheidemantel, E.* (Nürnberg), Klinische Erfahrungen mit Adalin, einem neuen bromhaltigen Sedativum und Hypnoticum. Münch. med. Wschr. Nr. 8. (S. 134*.)

341. *Scheidemantel, E.* (Nürnberg), Erfahrungen über die Spezifität der Wassermannschen Reaktion, die Bewertung und Entstehung inkompletter Hemmungen. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 101, H. 5—6.

342. *Schilling, R.*, Beitrag zur Lehre von den Psychosen nach Unfall. Inaug.-Diss. Kiel 1911.

343. *Schlesinger, Erich*, Pupillenverengerung durch willkürliche Muskelbewegung. Deutsche med. Wschr. Nr. 38, S. 1748.

344. *Schmidt, W.*, Über den Einfluß von Kältereizen auf die sensiblen Hautreflexe. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. VII, H 1, S. 58.

345. *Schrumpf* u. *Zabel*, Diagnostische Bedeutung der psychogenen Labilität des Blutdrucks. Münch. med. Wchschr. Nr. 37.

346. *Schücking, A.* (Pyrmont)., Letzte Erkenntnismöglichkeiten. Gedanken eines Arztes. 85 S. 1,60 M. Stuttgart 1911, F. Enke.

347. *Schultze, B. S.* (Jena), Gynäkologie und Irrenhaus. Zentralbl. f. Gynäkol. Nr. 45. (S. 132*.)

348. *Schuster, P.*, Zu der „Bemerkung zur Prüfung der Pupillarlichtreaktion“ von Herrn Prof. *Oppenheim*. Neurol. Ztbl. Nr. 9, S. 472. (S. 114*).

349. *Stadler, Ed.* (Leipzig), Arbeiten über Rassen- und Gesellschaftsbiologie (Sammelreferat). Med. Klin. Nr. 33, S. 1285.

350. *Stanford, V.*, The production of indigo in the human organism. Journ. of ment. science, April. (S. 129*.)

351. *Stansfield, T. E. K.* (Bexley), Heredity and Insanity. Journ. of ment. science vol. 57, no. 236, p. 55.



352. *Stein, G.*, Grundschema der Geisteskrankheiten. (Zusammengestellt nach Vorträgen des k. k. Hofrates Prof. *J. Wagner v. Jauregg.*) Wien u. Leipzig 1911. Josef Šafář. (S. 107*.)

353. *Stertz, G.*, Über periodisches Schwanken der Hirnfunktion. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 48, H. 1, S. 199. (S. 117*.)

354. *Stieda, L.* (Königsberg), Etwas über Tätowierung. Wien. med. Wschr. Nr. 14. (S. 114*.)

355. *Stier, E.*, (Berlin), Untersuchungen der Linkshändigkeit und die funktionellen Differenzen der Hirnhälften. Jena, G. Fischer. 352 + 59 S. 10 M. (S. 109*.)

356. *Stier, E.* (Berlin), Die Bedeutung der Psychiatrie für den Kulturfortschritt. Akad. Antrittsvorlesung. 40 S. 1 M. Jena, G. Fischer. (S. 102*.)

357. *Stierlin, E.* (Basel), Nervöse und psychische Störungen nach Katastrophen. Deutsche Med. Wschr. H. 44, S. 2028. (S. 118*.)

358. *Stransky, E.* (Wien), Unilaterales Gedankenecho. Ein Beitrag zur Lehre von den Halluzinationen. Neurol. Zentralbl. Nr. 21, S. 1230. (S. 127*.)

359. *Stroehlin, G.*, Les syncinésies. — Leurs rapports avec les fonctions d'inhibition motrice. 147 S. Paris 1911, G. Steinheil. (S. 126*.)

360. *Stroemer, A.*, Beitrag zur Lehre von den postoperativen Psychosen. Inaug.-Diss. Kiel 1911. (S. 118*.)

361. *Stursberg* (Bonn), Ein Beitrag zur Kenntnis der Zerebrospinalflüssigkeit. Berl. klin. Wschr. Nr. 43, S. 43. (S. 101*.)

362. *Takasu, R., Arakawa, K.*, u. *Mino, H.* (Osaka), Über die menschliche Groß- und Kleinhirnrinde in verschiedenen Lebensaltern. Neurologia Bd. II (deutsche Ausg.), S. 26. (S. 103*.)

363. *Tamburini, A.* (Rom), Über den Zusammenhang zwischen Zivilisation und Geisteskrankheiten. Med. Klin. Nr. 6, S. 211—216. (S. 102*.)

364. *Throckmorton*, Babinskis Phänomen. Journ. of americ. assoc. 6. Mai 1911.

365. *Tintemann, W.* (Göttingen), Beobachtungen über Zuckeraus-




scheidungen bei Geisteskrankheiten. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 29, H. 4, S. 294. (S. 130*.)

366. *Todde*, *C.*, Ricerche sulla funzione e sulla struttura delle ghiandole sessuali maschili nelli malattie mentali. Pathol. riv. quindicinale 1. Sept. 1911. (S. 131*.)

367. *Tomaschny*, *V.* (Treptow a. R.), Über die Anwendung des Pantopon in der Psychiatrie. Neurol. Zentralbl. Nr. 3 S. 127. (S. 135*.)

368. *Tomaschny*, *V.* (Treptow a. R.), Ein Fall von mehr als 10 Jahre dauernder Ernährung einer Geisteskranken mittels der Schlundsonde. Med. Klin. Nr. 42. (S. 128*.)

369. *van der Torren*, Beginnende Geisteskrankheit. Tijdschr. voor Geneesk. Nr. 6.

370. *Toulouse*, *E.*, et *Mignard*, *M.*, Les maladies mentales et l'autoconduction. Conceptions nouvelles sur la pathogénie et les synthèses cliniques des psychoses. Revue de psych. et de psychol. expér. no. 7 p. 265.

371. *Traugott*, *R.* (Breslau) Erfahrungen mit einem neuen Hypnoticum (Adalin) in der ambulanten Praxis. Berl. klin. Wschr. Nr. 7, S. 300.

372. *Travaglino*, *P. H. M.*, Glykosurie bei Geisteskrankheit. Ned. Tijdschr. voor Geneesk. no. 5.

373. *Trömner*, *E.* (Hamburg), Über Modifikationen des Babinski- und Oppenheim-Reflexes und ein neues Fußphänomen (Wadenphänomen). Deutsche med. Wschr. Nr. 37, S. 1700.

374. *Trömner*, *E.*, Über motorische Schlafstörungen (speziell Schlaftic, Somnambulismus, Enuresis nocturna.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. und Psych. Bd. 4, H. 2, S. 228. (S. 120*.)

375. *Vallon*, *Ch.*, Nécessité d'un asile de sûreté pour les alcooliques criminels. Le meurtre de l'acteur Régnard. L'encéphale no. 9, p. 245. (S. 127*.)

376. *Valverde*, *J. M.*, Analogias y diferencias entre las alucinaciones y las ilusiones. Son las unas y las oltras un mismo fenómeno en lo esencial? Revista frenopática Española 9, no. 108, p. 353.

377. *Victorio*, *A. F.*, Enfermedades nerviosas y mentales y un apéndice conteniendo la legislación referente á los alienados. 467 p. Barcelona 1911, Manuel Marin. (S. 107*.)



378. *Violette, M.*, Notes thérapeutiques: Étude sur l'extrait sec de Fichi. Arch. intern. de neurol. 1911, no. 4, p. 253.

379. *Vogt, H.* u. *Bing, R.*, Ergebnisse der Neurologie und Psychiatrie. Bd. I, H., 1 u. 2. 20 M. Jena, 1911, G. Fischer.

380. *Voß, G.* (Düsseldorf), Tuberkulose und Nervensystem. Med. Klin. Nr. 24, S. 913. (S. 118*.)

381. *Weißenberg, S.*, Das Wachstum des Menschen nach Alter, Geschlecht und Rasse. 220 S. 6 M. Stuttgart 1911, Strecker u. Schröder. (S. 101*.)

382. *Wendt, W. W.*, Alte und neue Gehirnprobleme nebst einer 1078 Fälle umfassenden Gehirngewichtsstatistik aus dem kgl. pathol.-anatom. Institut zu München. Inaug.-Diss. München 1911.

383. *Wertheim, M.*, Zur Lehre von den Psychosen bei Urämie. Inaug.-Diss. Kiel 1911. (S. 127*.)

384. *Westphal, Hans*, Geisteskrankheiten und Jahreszeiten. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br. Mai 1911.

385. *White, E. B.*, and *Scholberg, H. A.* (Whitchurch), Pituitary and supra-renal growths in a case of insanity. Journ. of ment. science vol. 57, no. 236, p. 18. (S. 127*.)

386. *Williams, T. A.* (Washington), A simple clinical method to demonstrate and measure dysergia. The quaterly journ. of med. vol. 3, no. 12. (S. 126*.)

387. *Williams, T. A.* (Washington D. C.), A simple clinical method for measuring the diameter of the pupil. Med. record 24. Dec. 1910. (S. 114*.)

388. *Willige, Hans* (Halle a. S.), Über nervöse und psychische Störungen nach Blitzschlag. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 48, H. 3, S. 1132. (S. 124*.)

389. *Willimann, H.* (Genf), L'histoire de Joseph Heuer. Arch. intern. de neurol. vol. I, 9e série, no. 5, p. 317. (S. 128*.)

390. *Wines, F. H.*, Studies in heredity-inbreeding. The alien. and neurol. Nov. 1911, vol. XXXII, no. 4, p. 593.

391. *Winternitz, G.* (Wien), Les agents physiques dans les maladies mentales et nerveuses. Arch. de neurol. 33. ann. no. 6, p. 341.



392. *Ziehen, Th.* (Berlin), Psychiatrie, IV, vollst. umgearb. Aufl. 18 M. Leipzig 1911 S. Hirzel. (S. 106*.)

393. *Zingerle, H.* (Graz), Die psychiatrischen Aufgaben des praktischen Arztes. Jena 1911, G. Fischer. (S. 107*.)

394. *Zweig, A.* (Dalldorf), Die diagnostischen und prognostischen Fortschritte in der Psychiatrie. (Sammelbericht.) Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 9, S. 183.

I. Allgemeines.

Döllkens (82) geistvolle Ausführungen geben einen vorzüglichen Überblick über den jeweiligen Stand und die Entwicklung der großen Probleme der Hirnlehre von den ältesten Zeiten an. Schon im griechischen Altertum finden sich wichtige Probleme klar und scharf herausgearbeitet. Aber erst 250 Jahre nach Descartes großen Lokalisationsideen hat *Flechsig* aus physiologischem und anatomischem Denken heraus die endliche Lösung des Seelenproblems in greifbare Nähe gebracht.

v. Monakow (247) weist auf die immer noch vorhandenen Widersprüche in der modernen Lokalisationslehre hin. Er kann sich mit der Vikariierungshypothese nicht befreunden und zieht zur Erklärung seine Diachisislehre heran. *v. M.* versteht unter Diaschisis eine meist durch akute Herdläsion ausgelöste, schockartige Funktionshemmung in primär nicht lädierten, vom Herd fernliegenden, aber mit diesem anatomisch verbundenen Hirnstellen. „Mögen die Dinge liegen wie sie wollen, aus den bisherigen Erfahrungen auf dem Gebiet der Lokalisation der Krankheitssymptome ergibt sich mit Bestimmtheit, daß zwischen der anatomischen Läsion und dem klinischen Krankheitsbilde ein gewisses Etwas liegt, das wir noch nicht verstehen, gewisse schwankende, ordnende, abschleifende, regulierende Momente, gewisse dynamische mit der anatomischen Läsion nur indirekt zusammenhängende Wirkungsweisen, die temporär sind, gelegentlich aber auch stabil bleiben können. Und in diesem Moment erblicke ich ein Walten des Prinzips der Diaschisis."

Münzer (255) faßt seine Ausführungen dahin zusammen: „Die *Gall*sche Kleinhirntheorie ist, wie *Möbius* bereits gefordert, einer experimentellen und klinischen Revision zu unterziehen, deren Ergebnisse über ihren endgültigen Wert entscheiden werden. Die normale Zirbeldrüse scheint mit einem mehr oder minder ausgeprägten Hemmungsvermögen für das Auftreten des Geschlechtstriebes ausgestattet zu sein. Die Hypophyse beherrscht zu einem gewissen Grade die normale Geschlechtstätigkeit. Diese Funktion kommt möglicherweise dem Hinterlappen zu. Es ist nicht sicher entschieden, ob die Sekretion der Hypophyse die Geschlechtstätigkeit anregt bzw. fördert. Vielleicht macht sich die Einwirkung der Hypophyse nach verschiedenen Richtungen hin geltend (fördernd und hemmend). Die Frage, ob und welche anderen Hirnteile an der Regulation der Geschlechtstätigkeit beteiligt sind, bedarf weiterer Klärung.

Funk (112) kommt zu folgenden Schlüssen: Die Größe des absoluten wie des relativen Hirngewichts (d. h. das Hirngewicht in Beziehung zum Körpergewicht) bei den Tieren ist von der Größe der sogenannten Intelligenz durchaus unabhängig. Bei den einzelnen erwachsenen Exemplaren einer gleichen Tierspezies schwankt das absolute Hirngewicht in gewissen umschriebenen Grenzen; die Schwankungen des relativen Hirngewichts können bedeutend größer sein als die des absoluten Hirngewichts. Als Ursache für die Schwankungen des relativen Hirngewichts der gleichen Tierart kommen in erster Linie der verschiedene Ernährungszustand, dann die jeweilige individuelle Verschiedenheit der Körperanlage und des Körpergewichts und schließlich auch der Umstand in Betracht, daß bei gleicher Körperanlage und gleichem Körpergewicht das absolute Hirngewicht verschieden sein kann.

Jennicke (162) stellt die Gewichte von 64 selbst untersuchten Gehirnen zusammen; ein pathologisch verwendbares Resultat hat er dabei nicht erzielt. Auffallend ist nur der durchweg beträchtliche Gewichtsverlust bei Dementia praecox.

Rosanoff und *Wiseman* (309) empfehlen als Füllmaterial zur Bestimmung der Schädelkapazität den Glaserkitt. Er muß etwas weicher sein, was man durch Zusetzen von Leinöl erreicht; eine zu große Weichheit wird durch Zusatz von Schlämmkreide behoben. Die Fehlerquellen sind bei dieser Art des Messens geringer als sonst. (*Ganter.*)

Stursberg (361) kommt auf Grund seiner Versuche zu dem Schlusse, „daß eine einfache Transsudation bei der Bildung der Zerebrospinalflüssigkeit, wenn sie überhaupt stattfindet, nur eine unbedeutende Rolle spielen kann, daß vielmehr die überwiegende Menge nach Art einer Sekretion erzeugt wird.“ Was den Ort der Absonderung betrifft, so neigt der Autor dazu, die Plexus chorioïdei als Sekretionsorgan aufzufassen.

Weißenberg (381) berücksichtigt den ganzen Entwicklungsgang des Menschen. Seine anthropometrischen Studien beginnen mit dem dritten Fötalmonat, nachdem die Frucht nach Art und Geschlecht deutlich ausgebildet ist. Bei Betrachtung der Körperproportionen des Neugeborenen und des Erwachsenen werden die charakteristischen Eigentümlichkeiten beider in prägnanter Weise hervorgehoben. Der Entwicklungsgang des Körpers ist kein regelmäßiger. Perioden gesteigerten Wachstums wechseln mit solchen schwächeren Charakters. Dabei macht jeder Körperteil seine eigene Entwicklung durch. Der Kopf wächst am schwächsten, die Beine am stärksten, die Extremitäten intensiver als der Rumpf. Die Breitenmaße bleiben im Verhältnis zu den Längenmaßen zurück, weil der Körper das Bestreben hat, mehr in die Länge als in die Breite zu wachsen. Rasse, Alter, Geschlecht, Umgebung beeinflussen das Wachstum; letztere besonders zur Zeit der Pubertät. Zwerg- und Riesenwuchs werden als polare Manifestationen einer und derselben krankhaften Anlage aufgefaßt, deren Ursache hauptsächlich in Störungen der Schild- und Keimdrüsensekretion zu suchen ist. Der dem Körper innewohnende angeborene und erbliche Wachstumstrieb wird besonders durch die in der Anlage prädisponierte Wachstumstendenz und durch die Drüsen mit innerer Sekretion beeinflußt. Zahlreiche Tabellen erläutern die interessanten Ausführungen.

Aus seinen Tierversuchen hält es *Choroschko* (61) für möglich, einige noch hypothetischen Charakter tragende Schlüsse über die biologische Bedeutung des Nervengewebes zu ziehen, die auch für die Auffassung der *Wassermann*schen Reaktion von Bedeutung sind. Der Verf. fand Anhaltspunkte für die Auffassung, wonach das Zentralnervensystem als ein eine innere Sekretion besitzendes Organ erscheint, das Stoffe sezerniert, welche die Gerinnungsfähigkeit des Blutes außerordentlich steigern. Es ist nach *Ch.* möglich, daß der positive Ausfall der Reaktion der Komplementbindung bei manchen organischen Erkrankungen des Nervensystems nicht durch Lues, sondern durch die ins Blut oder in die Zerebrospinalflüssigkeit gelangenden Zerfallsprodukte des Nervengewebes bedingt ist. (*Fleischmann*-Kiew.)

Stier (356) beleuchtet in seiner akademischen Antrittsvorlesung die Stellung der Psychiatrie zur geistigen Entwicklung der Menschen in prägnanter, formvollendeter Weise. Nach kurzem geschichtlichen Rückblick auf die Entwicklung der Psychiatrie bespricht der Autor ausführlich die Beziehungen zwischen Psychiatrie und Religion, Pädagogik und Rechtspflege und macht überall auf den befruchtenden Einfluß der Psychiatrie aufmerksam. Eine kurze Würdigung der Frage, welche Lehren die Psychiatrie dem modernen Staat für seine richtige Fortentwicklung gibt, beschließt die interessante Arbeit.

Tamburini (363) widerlegt die weit verbreitete Ansicht, daß die Zivilisation die Schuld trage an der Zunahme der Geisteskrankheiten. Sie kennzeichnet eine große Zahl von Toren und weist auf die Notwendigkeit ihrer Behandlung hin, die Schuld an der Krankheit trägt sie nicht. Dagegen vermehren Alkoholismus, Syphilis, Pellagravergiftung usw. die Zahl der Geisteskranken; sie tun es, weil die Zivilisation noch nicht alle Gesellschaftsklassen in wünschenswerter Weise durchdrungen und so einer wirksamen Prophylaxe den Weg gebahnt hat.

Juliusburger (177) macht auf einige Gebiete sozialer Betätigung der Psychiatrie aufmerksam: Strafreform, bedingte völlige Begnadigung nach dem Pollardsystem, Maßnahmen zur Verhinderung der Vererbung von Verbrechen und Geistesstörung, und polemisiert gegen die ungerechten Vorwürfe, welche jetzt mehr denn jemals gegen die Psychiater erhoben werden.

Sommer (333) kommt auf seine vor etwa 10 Jahren gemachten bekannten Ausführungen über Errichtung von öffentlichen Schlaf- und Ruhehallen zurück und gibt seiner Freude darüber Ausdruck, daß seine damals entwickelten Gedanken jetzt bei der internationalen Hygiene-Ausstellung ausgeführt sind. Kurze Beschreibung der dort aufgestellten Ruhehalle. Der Erfolg zeigt, daß die Errichtung solcher Ruhehallen einem wirklichen Bedürfnis entspricht.

Boedeker u. *Falkenberg*s (36) offizieller Bericht über den IV. internationalen Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke gibt ein anschauliches Bild von seinem glänzenden Verlauf; er bringt die Referate und Vorträge von Autoren des In- und Auslandes mit den anschließenden Diskussionen, berichtet ausführlich über die mit dem Kongreß verbundene Ausstellung der Fürsorge für Gemüts-, Geistes- und Nervenkranke und gibt so eine vortreffliche Übersicht über die in den letzten Jahrzehnten auf diesem Gebiete gemachten Fortschritte.



Der 32. Band der Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie (157) enthält in seinen beiden ersten Heften außer einem kurzen Nachruf für den im Dezember 1910 verstorbenen *J. Fritsch* drei interessante Arbeiten. *E. Sträussler*-Wien gibt wertvolle Beiträge zur Kenntnis des hysterischen Dämmerzustandes, *C. v. Economo*-Wien beschäftigt sich mit der dissoziierten Empfindungslähmung bei Ponstumoren und mit den zentralen Bahnen des sensiblen Trigeminus, und *R. Stern*-Wien berichtet über seine Studien, die Zukunft nervenkranker Kinder mit spinalen und zerebralen Lähmungen betreffend.

Die deutsche Ausgabe des japanischen Zentralblattes für Neurologie, Psychiatrie, Psychologie und verwandte Wissenschaften „Neurologia, Bd. II" (260) enthält interessante Mitteilungen über die Verbreitung des endemischen Kropfes und dessen Einfluß auf die Gesundheit der Bewohner der Insel Taiwan von Prof. *S. Kure*. — *Takasu*, *Arakawa* und *Mino* haben verschiedene, besonders kindliche Groß- und Kleinhirnrinden in verschiedenen Lebensaltern untersucht und berichten über ihre Resultate. — *Matsubara* kommt bei seinen Untersuchungen über das Wesen der depressiven Psychosen zu dem Schluß, daß die Depressionszustände des manisch-depressiven Irreseins und die sog. Rückbildungsmelancholien näher miteinander verwandt sind, als *Kräpelin* bisher angenommen hat, daß aber die Rückbildungsmelancholie kein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins ist im Sinne von *Dreyfus*. Außer den genannten Depressionszuständen beschreibt der Autor dann noch andere Formen von Depressionszuständen, welche ihren psychologischen Analysen, ihrem klinischen Verlauf und Ausgang nach nicht zu den genannten Formen gehören. — *Suizu* berichtet über den diagnostischen Wert der *Wassermann*schen Reaktion in ihrer Anwendung auf die Psychiatrie unter kurzer Zusammenstellung der Resultate seiner zytologischen und biologischen Untersuchungen. Die zweite Hälfte der Zeitschrift enthält Referate über die 1908 in Japan erschienene einschlägige Literatur.

Nach *Maier* (224) bestehen in sechs Staaten von Nordamerika Gesetze zur Verhinderung der Eheschließung von Geisteskranken, Schwachsinnigen, Epileptikern und schweren Trinkern, die sicher ein wertvolles Mittel gegen die Entstehung geistig degenerierter Familien geben. Der Staat Indiana hat 1907 ein gut formuliertes Sterilisationsgesetz angenommen; bisher sind so 873 Defekte, meist Verbrecher, fortpflanzungsunfähig gemacht worden. Connecticut hat diese Bestimmungen übernommen; weitere Staaten werden folgen und so gegen die beständige Zunahme von Verbrechern und versorgungsbedürftigen Geisteskranken nicht für heute, aber für die kommenden Generationen in vernünftiger Weise ankämpfen. Verf. schlägt vor, die amerikanischen Vorschriften zu ergänzen: Wenn ein Eheverbot wegen geistiger Krankheit oder Defektes eines Verlobten ausgesprochen wird, so gilt dieses Verbot nur so lange, wie der Betreffende fortpflanzungsfähig ist; läßt er sich dauernd sterilisieren, so wird die Ehe gestattet, vorausgesetzt, daß der Betreffende überhaupt die Handlungsfähigkeit zur Eingehung eines Kontraktes besitzt.

Oberholzer (265) berichtet an Hand eines reichhaltigen Materials über die in der Schweiz mit der Sterilisierung von Geisteskranken gemachten Erfahrungen.



19 zum Teil selbst beobachtete Fälle werden ausführlich geschildert und besprochen. Verf. zeigt, daß es zahlreiche Fälle gibt, wo die Ausschaltung von der Fortpflanzung durch Sterilisierung das einzig Richtige ist.

Pfeiffer (279) fordert aus rassenhygienischen Gründen eine Sichtung der eheschließenden Teile und bezeichnet als erstrebenswertes Ziel die staatliche Überwachung aller, welche eine Ehe schließen wollen, und Ausschaltung der hiefür ungeeigneten Elemente.

Savage (321) befürwortet nicht ein schematisches Verbot des Heiratens Geisteskranker. Er hat Fälle gesehen, die in ihrer Jugend einen manischen oder melancholischen Krankheitszustand durchgemacht hatten, später heirateten und gesunde Kinder zeugten. (*Ganter.*)

Béla Révész (301) hat seine reichen psychiatrischen Beobachtungen und Studien bei den verschiedensten Völkern in dem vorliegenden Werke zusammengefaßt. Sein Buch zerfällt in zwei Teile. Der I. Teil handelt von den „rassenpsychiatrischen Erfahrungen" bei den Völkern aller Weltteile und beschreibt nicht nur ihre spezifischen Geistes- und Nervenkrankheiten, sondern auch die ubiquitären Psychosen und Neurosen (Paralyse, Tabes, Alkoholismus usw.). Der II. Teil enthält die Lehren der rassenpsychiatrischen Erfahrungen und bringt sehr wertvolle Beiträge zur Ätiologie und Pathologie der Geistes- und Nervenkrankheiten.

Preobrashenski (287) führt einige interessante Fälle von Geisteskranken an, die als wundertätige und wahrsagende Heilige verehrt wurden. Und zwar handelt es sich in diesen in russischen Irrenanstalten beobachteten Fällen nicht um Epileptiker, Deliranten und halluzinierende Patienten mit leidlich erhaltenem Intellekt. Bei solchen Patienten hätte man eher erwarten können, daß die Anfälle, Wutausbrüche, die schwunghaften unverständlichen Reden auf die ungebildete Menge eine starke Wirkung ausüben würden. Aber in den von *P.* angeführten Fällen haben wir es mit Verblödung, mit katatonischer, postapoplektischer und sekundärer Demenz zu tun. Weder der offenbare geistige Verfall, noch das Fehlen jeglicher Aufsehen erregender Erscheinungen konnten es verhindern, daß sich Leute fanden, — darunter Angehörige der sogen. gebildeten Klassen —, die diese unglücklichen verblödeten Kranken als Heilige behandelten, bei denen sie Rat und Belehrung suchten. Einige Patienten haben auch Biographen gefunden, die die dementen Züge getreu schildern und mit den Ausdrücken höchster Bewunderung kommentieren. (*Fleischmann*-Kiew.)

Lachtin (197) bringt interessante historische Materialien, die Aufschluß über die Behandlung der Geisteskranken in Rußland in den vorigen Jahrhunderten geben. Man ersieht daraus, daß diejenigen Kranken, um die sich unglücklicherweise die Obrigkeit kümmerte, am häufigsten nach den Klöstern beordert wurden, wo sie durch Strafen und rohe Behandlung „zur Vernunft gebracht" werden sollten. Noch schlimmer erging es den sehr zahlreichen Kranken, die nach dem Inhalte ihres Wahnes als Verbrecher gegen den Staat oder die Kirche betrachtet wurden: sie wurden grausam gefoltert und nur wenige entgingen danach der Hinrichtung. Erst gegen das Ende des 18. Jahrhunderts begann man die Geistesgestörten als Kranke anzusehen und demgemäß zu behandeln.

(*Fleischmann*-Kiew.)



Ewers (97) schildert das Leben und Treiben der Nonnen von Loudon, besonders der Schwester Jeanne auf Grund der von ihr um die Mitte des 17. Jahrhunderts niedergeschriebenen Memoiren; er schildert den Besessenheitswahn in all seinen Formen und Folgen und entrollt ein düsteres Kulturbild jener Zeit.

An der Hand von *Gerhart Hauptmanns* Roman „Emanuel Quindt“ befaßt sich *Lomer* (213) mit dem Problem des Wesens und der Wertung des reinen und des heutigen Christentums. Hauptmann wollte nach *Lomer* mit seinem Roman zweierlei, erstens „die Persönlichkeit Jesu menschlich rekonstruieren, und zweitens mit dieser Persönlichkeit die Probe aufs Exempel machen, ob das Christentum den gegenwärtigen und kommenden Geschlechtern noch etwas ist und — seiner Natur nach sein kann“. Beides ist Hauptmann nach *Lomer* gelungen. Der Held des Romans, Emanuel Quint, der Narr in Christo, ist Psychopath, nach *Lomer* Paranoiker, und bei der Schilderung seines Helden hat Hauptmann sich die modernen Gesetze der Vererbung, Anpassung, Entwicklung zunutze gemacht. Dadurch gewinnen *Lomers* Ausführungen auch für den Psychiater größeres Interesse.

In seiner Abhandlung „Krankes Christentum“ gibt *Lomer* (214) die Gedanken eines Arztes über Religion und Kirchenerneuerung. Die Ausführungen wollen nichts sein „als die Formulierung der Religionsauffassung eines naturwissenschaftlich gebildeten Laien“ und bringen neben einer Kritik der herrschenden christlichen Lehre positive Vorschläge über eine Umgestaltung der protestantischen Kirche. Besonders hervorgehoben sei die elegante, formvollendete Sprache, die sich an einzelnen Stellen, wie im Vorwort, zu rein poetischer Diktion steigert.

Jentsch (164) hat es sich zur Aufgabe gemacht, der Entwicklungsgeschichte der Genialitätslehre *Lombrosos* nachzugehen, was um so mehr verlohnt, als dieser Forscher an seinem Werke, das ein vor ihm gänzlich unbekanntes Land erschloß, sein ganzes langes Leben hindurch gearbeitet und geändert hat. Die einzelnen Phasen der Entwicklung dieser Lehre werden verfolgt, Gründe für die oft einseitig und unüberlegt scheinenden Behauptungen *Lombrosos* beigebracht und der Kern der ganzen Lehre herausgeschält. Zum Schlusse pflichtet *Jentsch* der Ansicht *Lombrosos* bei, daß das Genie nicht der höchste Typus der menschlichen Entwicklung ist, sondern im besten Falle eine höhere Staffel in einer oder mehreren Richtungen der Fortentwicklung der menschlichen Spezies vorstellt.

Boulenger (47) findet das Gemeinsame des Dichters und des Dementen darin, daß beide einem Traumzustand verfallen. Besonders die Dem. praecox ist geeignet, diesen hervorzurufen und dichterische Empfindungen anzuregen. Beweis: Ein Fall von Dem. praecox dichtete, was er in seinem gesunden Zustand nie getan hatte. (*Ganter.*)

Genil-Perrin (115): Der Philosoph Cabanis, der Zeitgenosse und Freund Pinels, berührt in seinen Werken vielfach Fragen der Psychiatrie und äußert über die Natur und Entstehung der Geisteskrankheiten, über ihre Beziehungen zur Psychologie, über Erblichkeit, Degeneration vielfach modern anmutende Anschauungen. Um die Verbesserung des Loses der Geisteskranken, ihre humane Behandlung und ihren Rechtsschutz hat er sich wesentliche Verdienste erworben. (*Ganter.*)



Kohut (192) macht auf einen vor 66 Jahren in den österreichischen Blättern für Literatur und Kunst erschienenen, unbekannt gebliebenen Aufsatz des Arztes und Philosophen Freiherrn *Ernst v. Feuchtersleben* in Wien „über die ärztliche Seelenkunde" aufmerksam, gibt ihn zum großen Teil wörtlich wieder und zeigt, daß diese Ausführungen trotz der ungeheuren Fortschritte der Medizin und Philosophie noch jetzt allgemeinen Wert haben.

Jelliffe (161) bedauert den Mangel an historisch-psychiatrischen Arbeiten in englischer Sprache, rühmt dagegen die reiche deutsche Literatur, aus der er seinen Lesern einen historischen Blumenstrauß pflückt. (*Ganter.*)

Liepmann (207) schildert in anschaulicher Weise den großen Einfluß, welchen *Wernicke* auf die klinische Psychiatrie ausgeübt hat. Die Geistesstörung im engsten Sinne ebenfalls als neurologische Erscheinung aufzufassen, das nennt er den eigentlichen Kern *Wernicke*scher Psychiatrie. Sie ist Gehirnpathologie. Aber nicht die pathologische Anatomie, sondern die Pathophysiologie steht im Vordergrund. *Wernicke* suchte das ganze psychische Leben mit allen seinen Störungen den Begriffen der Physiologie und Physio-Pathologie des Nervensystems zu unterwerfen.

Ziehens (392) bekannte „Psychiatrie für Ärzte und Studierende" liegt in vierter, vollständig umgearbeiteter Auflage vor. Die großen Vorzüge dieses ausgezeichneten Handbuches sind so bekannt, daß es eines besonderen Hinweises darauf an dieser Stelle nicht bedarf. Die Einteilung des Stoffes ist unverändert geblieben. Die Zahl der instruktiven Bilder ist vermehrt. Im allgemeinen Teil hat das Kapitel über „Störungen des Handelns" eine erhebliche Erweiterung erfahren. Bei Besprechung der Hydrotherapie fällt der Satz auf: „Seitdem die Psychiatrie aufgehört hat, die geistigen Erkrankungen auf Immoralität zurückzuführen, hat das hydriatische Strafverfahren sich in die Winkel einiger Pflegeanstalten zurückgezogen." Sollte es heute wirklich noch Pflegeanstalten mit „hydriatischem Strafverfahren" geben?

Die zweite, nahezu völlig umgearbeitete Auflage der „Pupillenstörungen" bei Geistes- und Nervenkrankheiten von *Bumke* (56) berücksichtigt alle in Frage kommenden neuen Erfahrungen auf anatomischem, physiologischem und besonders klinischem Gebiet. Es ist dem Autor nicht zum wenigsten dank eigener ausgezeichneter Arbeit auf diesem Gebiet gelungen, in seiner Monographie eine umfassende Darstellung der Physiologie und Pathologie der Irisbewegungen zu bringen. Die Methodik der Pupillenuntersuchung wird im Anhang ausführlich behandelt. Besondere Erwähnung verdient das reichhaltige Literaturverzeichnis über 1014 Arbeiten.

Das sehr verbreitete Lehrbuch für Psychiatrie, von *Cramer*, *Westphal*, *Hoche*, *Wollenberg* und den Herausgebern *Binswanger* und *Siemerling* (32) bearbeitet, ist in dritter vermehrter Auflage erschienen. Es wendet sich besonders an die Studierenden und macht in kurzer, knapper Form mit dem sicheren Bestand unserer Wissenschaft bekannt und berücksichtigt dabei auch die neueren Forschungsergebnisse in entsprechender Weise. Übersichtliche Einteilung des Stoffes sowie die vorzügliche Darstellung von Diagnose und Therapie werden nicht zum wenigsten zur weiteren Verbreitung des Buches beitragen.



Stein (352) hat nach den Vorträgen von Professor *Wagner von Jauregg* ein Grundschema von Geisteskrankheiten aufgestellt. Auf sechs Tabellen bespricht er akute und chronische funktionelle Störungen, Alkoholpsychosen, Verblödungsprozesse, Geistesstörungen bei organischen Erkrankungen des Gehirns (mit Ausnahme der progressiven Paralyse, diese wird bei den Verblödungsprozessen abgehandelt), Schilddrüsenprozesse, epileptisches Irresein, hysterisches Irresein und Entwicklungsdefekte. Auf jeder Tabelle wird in bestimmten Rubriken kurz und schematisch auf die Kardinalsymptome hingewiesen und auch auf alle anderen Punkte aufmerksam gemacht, welche für die Diagnose, Differentialdiagnose, Prognose, Therapie oder als ätiologisches Moment in Frage kommen.

Zingerle (393) wendet sich an den praktischen Arzt und zeigt in übersichtlicher Weise, wie auch er auf dem Gebiet der Irrenpflege nutzbringend tätig sein kann und soll. Vor allem sind es die leichten oder akut verlaufenden psychischen Störungen in Begleitung sonstiger körperlicher Erkrankungen sowie die Anfangsstadien schwerer Psychosen, wo sein Eingreifen geboten und von ausschlaggebender Bedeutung sein kann. Gar nicht zu entbehren ist seine Mitarbeit auf dem Gebiete der Prophylaxe; hier liegt seine eigentliche Domäne. Auf die Verhütung geistiger Krankheiten und auf die Maßnahmen bei bestehender geistiger Erkrankung weisen des Verf.s anregende Ausführungen besonders hin.

Victorio (377): Kleines Kompendium der Nerven- und Geisteskrankheiten nebst einem Anhang über den Rechtsschutz der Geisteskranken in Spanien. Es ist besonders die französische Literatur benutzt, aber auch die Werke deutscher Autoren sind vertreten, soweit sie ins Französische übersetzt worden sind. (*Ganter.*)

Ewald und *Wollenberg* (149) haben *Hitzigs* Werk über den Schwindel unter Berücksichtigung der neueren Anschauungen und Forschungsresultate um- und zum großen Teil neu bearbeitet. Während die allgemeine Anordnung des Stoffes im II. pathologischen Teil im wesentlichen unverändert geblieben ist, hat der I. physiologische Teil eine durchgreifende Umarbeitung und Vervollständigung erfahren. Neu hinzugefügt ist das Kapitel über den Schwindel bei Erkrankungen des Vestibularapparates.

Von *Forels* (105) „Hypnotismus" ist bereits die sechste Auflage notwendig geworden. Wichtige einschlägige neuere Arbeiten sind berücksichtigt und haben zu Abänderungen und Zusätzen Anlaß gegeben. Die „Psychanalyse" wird in einem neuen besonderen Kapitel behandelt.

Löwenfelds (211) Werk enthält drei interessante Abhandlungen: „Die sexuelle Konstitution", „Erotik und Sinnlichkeit" und „Die Libido als Triebkraft im geistigen Leben". Die erste Abhandlung zeigt, daß es eine besondere, von der Allgemeinkonstitution unabhängige sexuelle Konstitution gibt; sie unterscheidet verschiedene Sexualkonstitutionen, charakterisiert dieselben und knüpft daran beachtenswerte hygienische Ratschläge. Die zweite Abhandlung erörtert die Beziehungen zwischen Erotik und Sinnlichkeit. Die dritte Abhandlung behandelt den Einfluß der Sexualität auf das geistige Leben und stellt fest, daß die Förderung des geistigen Lebens durch die Libido nicht so sehr auf völliger Abstinenz, sondern auf Beschränkung des Sexualgenusses beruht.

Eulenburgs (94) wertvolle Monographie liegt in zweiter, teilweise umgearbeiteter Auflage vor. Nach kurzer Erklärung und Ableitung der Begriffe Sadismus und Masochismus, „der aktiven und passiven Algolagnie", geht Verf. näher auf Wesen und Bedeutung dieser Abnormitäten auch ihrer physiologischen, psychologischen und anthropologischen Seite nach ein, skizziert *de Sades* Leben, Werke, Charakter und Geisteszustand sowie *Sacher-Masochs* Lebensgeschichte ihres großen psychologischen Interesses wegen und behandelt dann die spezielle Symptomatologie und Entwicklungsgeschichte der algolagnistischen Phänome, Notzucht, Lustmord, Mädchenstecherei, Nekrophilie, Flagellation, weibliche Grausamkeit, Sadismus und Masochismus beim Weibe. Auch die neueste einschlägige Literatur erfährt eine kurze Besprechung.

Kiernan (186) bringt Beispiele, besonders aus dem Sektenwesen, in denen die sexuelle Befriedigung durch Erdulden oder Zufügen von Schmerz erfolgt (Masochismus und Sadismus). Dafür setzt er Asketizismus, Enthaltung vom normalen Geschlechtsverkehr und Ersatz durch Schmerzzufügung. (*Ganter.*)

Fleischmann (103) forscht besonders nach den Ursachen der gleichgeschlechtlichen Liebe. Er kommt zu dem Schluß, daß diese psychische Anomalie keinem Individuum angeboren ist; er faßt sie als Folge und Zeichen von Entartung auf. Begünstigend wirken Verführung, Lektüre, Alkoholabusus, exzessive Onanie. Bei Degenerierten findet sich eine große Bestimmbarkeit des sexuellen Trieblebens, unscheinbare Vorkommnisse können hier vom normalen Sexualziel ablenken. „Es wird auch dem Entstehen der Perversion meistens nicht der nötige Widerstand entgegengesetzt, da infolge der ganzen Domestikation einerseits unser Triebleben nicht mehr die unbedingt zwingende Macht hat, andererseits unser Wille nicht mehr in der nötigen Weise gestärkt und gekräftigt wird."

Hirschfeld (147) teilt Fälle von sexueller Teilaversion (Fetischhaß) mit, auf die eine spezielle Eigenschaft anderer so abstoßend wirkt, daß dadurch gegen die ganze Person ein hochgradiger sexueller Widerwille entsteht. Der entscheidende Faktor bei dem Zustandekommen dieser Aversion ist „nicht sowohl in der allgemeinen psycho- oder neuropathischen Konstitution zu suchen, als in der zielstrebigen, individuellen Sexualkonstitution. Das wirklich Entscheidende ist nicht das äußere Erlebnis, sondern eine spezifische Konstitution, die sich stets nur auf Adäquates, nicht auf einen beliebigen, zufälligen, gleichgültigen Inhalt einstellt."

Von *Boruttau* und *Manns* (43) unter Mitwirkung zahlreicher Autoren des In- und Auslandes herausgegebenem Handbuch der gesamten medizinischen Anwendungen der Elektrizität einschließlich der Röntgenlehre liegt die erste Hälfte des zweiten Bandes vor; sie bringt eine eingehende Darstellung der gesamten Elektrodiagnostik. Die Elektrotherapie soll in der zweiten Hälfte folgen. *Zanietowski*-Krakau behandelt die allgemeine Elektrodiagnostik, *Mendelssohn*-Paris die spezielle Elektrodiagnostik der Muskelkrankheiten und *Mann*-Breslau die spezielle Elektrodiagnostik der Nervenkrankheiten; hierbei wird auch die Elektrodiagnostik der Psychosen besprochen.

Meyers (235) Ausführungen liegen die mit klinischen Demonstrationen verbundenen Vorträge zugrunde, welche er in seiner Klinik gelegentlich eines Kursus



vor den Bahnärzten des Eisenbahndirektionsbezirkes Königsberg gehalten hat. Interessante Fälle von Melancholie, Paralyse, Epilepsie, Dementia praecox, präsenilem Beeinträchtigungswahn, traumatischer Neurose usw. werden ausführlich besprochen unter besonderem Hinweis auf alle für Bahnärzte wichtigen Faktoren.

Peretti (275) weist in seinem im Verein der Ärzte Düsseldorfs gehaltenen Vortrag darauf hin, daß absichtliches, zielbewußtes Vortäuschen von Geisteskrankheit außerordentlich selten ist und fast nur bei Degenerierten und geistig abnormen Individuen vorkommt, er betont dabei ausdrücklich, daß der Nachweis von Simulation psychischer Störungen keineswegs gleichbedeutend ist mit geistiger Gesundheit.

Essayantz (92) beschreibt zwei Fälle von Desertion, die anfangs den Eindruck der Simulation machten, sich aber im Verlaufe der Beobachtung als Dem. praecox entpuppten. (*Ganter.*)

Stiers (355) vorzügliche Monographie behandelt im ersten Teil die Linkshändigkeit als physiologische Erscheinung. Der zweite Teil zeigt, daß die Linkshändigkeit als Ausdruck eines funktionellen Überwiegens der ganzen rechten Hirnhälfte aufzufassen ist. Der dritte Teil handelt von der Erkennung und Bedeutung der funktionellen Differenzen beider Hirnhälften. Über die Linkshändigkeit in der Armee wird im Anhang an der Hand eines großen statistischen Materials berichtet. „Die Linkshändigkeit ist eine im Aussterben begriffene Varietät der Gattung Mensch." Linkshänder zeigen doppelt so häufig Degenerationszeichen als Rechtshänder; sie sind sozial weniger wertvolle Menschen. Unter den Gefangenen und Verbrechern ist ihre Zahl groß.

Liepmann (206) unterzieht die sogen. Linkskultur oder Zweihändigkeitsbewegung, auch kurz Linksbewegung genannt, einer kritischen Besprechung, weist die Einwände, die dagegen erhoben werden können, zurück und prüft, was zugunsten dieser Bewegung spricht. Dem Satze, daß Linkshändigkeit ein Degenerationszeichen ist, steht der Autor skeptisch gegenüber. Entscheidende Tatsachen, welche die Erfolge der Linksübung von vornherein aussichtslos erscheinen lassen, sind nicht vorhanden. Das, was die linke Hand durch fortgesetzte Übung lernt, kommt zum großen Teil der rechten Hemisphäre zugute. Ob es möglich ist, durch Übung der rechten Hemisphäre bei intakter linker Hemisphäre, den ganzen Effekt der Übung in die rechte Hemisphäre zu dirigieren, ob nicht der angeborene Vorrang der linken sich trotz aller Übung der linken Hand darin zeigen würde, daß die rechte Hemisphäre, von der linken im Stich gelassen, doch mangelhaft agierte, läßt Verf. dahingestellt.

Bauers (17) Untersuchungen zeigen, neben anderem Interessanten, daß im allgemeinen normale Rechtshänder Gewichte bei aktiver und passiver Schätzung links, Linkshänder rechts überschätzen, daß die Zahl der Funktionslinkser = „manifesten" Linkshänder kleiner ist als die Zahl der Skelettlinkser = latenten Linkshänder, und daß die Überschätzung von Gewichten auf der rechten Seite zu den Merkmalen der latenten Linkshändigkeit gehört. Unter pathologischen Verhältnissen können Störungen der Gewichtsschätzung bedingt sein durch Störungen der motorischen Kraft, durch Störungen jenes Teiles der tiefen Sensibilität, welcher uns



über den Effekt von Innervationsimpulsen unterrichtet, und schließlich durch Störungen der peripher entstehenden Schwereempfindung.

Foerster (104) bespricht die vielfachen Beziehungen von Beruf und Mode zu Geisteskrankheiten und illustriert deren Einfluß an einzelnen Fällen. „Während der Beruf in der Verursachung von Geisteskrankheiten im wesentlichen nur als indirekter Erreger der Geisteskrankheit beteiligt ist, ist er bei den meisten Fällen von Geisteskrankheit direkt beteiligt in der Färbung, in dem gedanklichen Inhalt, den die Wahnideen der Kranken haben." In ihren kleinen Zügen werden die Geisteskrankheiten auch von der Mode beeinflußt.

Heveroch (143) beschäftigt sich in seinen interessanten Ausführungen mit der Genese von Wahnideen, Halluzinationen und Zwangsvorstellungen und macht dabei auf ihre psychogenetische Verwandtschaft aufmerksam. „Die Grundstörung der Halluzination, der Wahnbildung und der Erinnerungstäuschung ist die krankhafte Überzeugung, die eine Äußerung einer Störung des Ichbewußtseins ist." „Bei den Zwangsvorstellungen äußerst sich die Störung des Ichbewußtseins als ungenügende Überzeugungskraft mit gesteigertem Begehren nach dem Überzeugtsein, und nebstdem finden wir bei ihnen eine zweite Äußerung des gestörten Ichbewußtseins: Störungen, die das Gefühl betreffen."

Jaspers (158) faßt die wichtigsten Thesen seiner sehr interessanten Arbeit in folgenden Schlußsätzen zusammen: „Außer den echten Trugwahrnehmungen gibt es, ohne daß zwischen beiden ein Übergang bestände, pathologische Vorstellungen, die detailliert und unabhängig vom Willen sind (Pseudohalluzinationen *Kandinskys*). Der Gegensatz der Leibhaftigkeit (Objektivitätscharakter) der echten Halluzinationen und der Bildhaftigkeit (Subjektivitäts- oder Vorstellungscharakter) der Pseudohalluzinationen ist zu trennen von dem Gegensatz des richtigen und falschen Realitätsurteils. Jener ist ein Unterschied der sinnlichen Phänomene, dieser ein Unterschied des Urteils über solche sinnlichen Phänomene. Die Leibhaftigkeit ist etwas Gegebenes, das nur durch außerbewußte Vorgänge „erklärt", das Realitätsurteil etwas im Bewußtsein Gewordenes, das aus seinen Motiven „verstanden" werden kann. Vom Realitätsurteil ist das „psychologische Urteil" der Kranken zu trennen. Im ersteren beurteilen sie eine äußere Wirklichkeit, im letzteren beurteilen sie richtig oder falsch, was sie selbst wirklich erlebten. Das aus Sinnestäuschungen „verständlich" ableitbare falsche Realitätsurteil ist zu trennen vom „unverständlichen" Realitätsurteil. Nur das letztere ist paranoisch."

Jentsch (165) untersucht den Begriff der „Agilität" nach Wesen, Form und Ursache. Er unterscheidet eine physiologische, psychologische und affektive Agilität. Psychopathische Agilität ist Ausdruck oder Begleiterscheinung eines anomalen Gesamtzustandes.

Rehms (295) Ausführungen zeigen, „daß periodische Schwankungen mehr oder weniger ausgesprochener Art mit der Psyche im allgemeinen und mit der erkrankten Psyche im besonderen in innigem Zusammenhang stehen. Die Periodizität zählt zu den Faktoren, die mit unserem Seelenleben eng verwoben sind und in Krankheitszuständen wirkungsvoll zum Ausdruck kommen. Doch nicht



nur die Psyche, auch unser Körper, unser Leben überhaupt sowie die ganze Natur sind periodischen Einflüssen unterworfen. Es ist eben der ewige Kreislauf der Natur, dessen Erkenntnis uns in das Gebiet des Dunkeln und Unentwirrbaren führt."

Mugdan (258) zeigt, daß ein der Mathematik und der Naturwissenschaft gemeinsamer Begriff, wie es die Periodizität ist, in beiden Wissensgebieten eine ganz verschiedene Bedeutung haben muß und gibt dann folgende Begriffsbestimmung: „Einem Systeme von Ereignissen kommt die Eigenschaft der Periodizität zu, wenn in zeitlich gesetzmäßigen Intervallen logisch verwandte Ereignisse eintreten, aus Gründen, die lediglich in der Organisation des Betroffenen liegen, ohne daß dafür ein äußerer Anlaß oder doch ein entsprechender äußerer Anlaß vorläge." Verf. unterscheidet und schildert drei Gruppen von solchen periodischen Zuständen: die erste Gruppe rechnet er zum Gebiete der Zyklothymie, die zweite zum manisch-depressiven Irresein; die dritte Gruppe umfaßt die Fälle von „periodischem Schwanken der Hirnfunktion (*Stertz*)."

v. Gruber und *Rüdins* (127) Buch bietet mehr als ein Katalog. Die ausführlichen Erläuterungen zu den zahlreichen Tafeln und Tabellen ermöglichen eine rasche Orientierung über den heutigen Stand unseres Wissens auf dem Gebiete der Rassenhygiene. Ein ausführliches Verzeichnis über die gesamte Fachliteratur beschließt das vorzügliche Werk, von dem bereits die zweite Auflage notwendig geworden ist.

Allers (3) skizziert den Inhalt des vorgenannten Werkes und betont seine große, anregende Bedeutung.

Higiers (146) wertvolle Arbeit bespricht nach kurzer Einleitung in zwölf Kapiteln die Pathologie der angeborenen, familiären und hereditären Krankheiten speziell Nerven- und Geisteskrankheiten. Das 13. und 14. Kapitel handelt von der allgemeinen Prognose und Prophylaxe und von der allgemeinen Therapie. Hier werden wertvolle Winke zur Verhinderung von Degeneration und Entartung gegeben; mit Recht wird darauf hingewiesen, daß der in mancher Hinsicht übertriebene Humanismus die Ausrottung der Degeneration verhindert und daß entsprechende Maßnahmen und Vorkehrungen notwendig sind.

Ribberts (303) interessante Ausführungen bringen eine kritische Würdigung des wertvollen Materials über Vererbung krankhafter Zustände beim Menschen, welches die ersten sechs Hefte des von „Francis Galton Laboratory for national eugenics" herausgegebenen Werkes „Treasury of human enheritance" enthalten. „Vererbbare pathologische Veränderungen des Körpers müssen zuerst an Keimzellen, nicht an ausgebildeten Individuen aufgetreten sein. Alle in der Phylogenese auftretenden vererbbaren Variationen, die zur Bildung neuer Arten führen, entstehen von innen heraus, nicht durch äußere Einflüsse, die niemals etwas Neues schaffen, sondern nur auf Individuen und Keime auslösend einwirken können. Auslese und Anpassung kommen für die Entwicklung der organischen Welt lediglich als unterstützende Faktoren in Betracht.

Sommer (331) macht nach kurzer Betonung des gegenseitig befruchtenden Einflusses von Genealogie und Naturwissenschaft auf die Bedeutung der hierdurch

entstandenen modernen Familienforschung aufmerksam und zeigt, welch große Menge von Arbeitsproblemen noch durch methodisches Zusammenwirken von Genealogen und Naturforschern gelöst werden können.

Rüdin (316) weist auf die Wichtigkeit methodischer Familienforschung hin, erörtert deren Grundzüge unter eingehender Würdigung der *Mendel*schen Vererbungsprinzipien, macht auf alle zu berücksichtigenden Punkte aufmerksam, analysiert und kritisiert die bisherigen Resultate. Die ausgezeichnete Arbeit schließt mit der Forderung einer wissenschaftlichen Zentrale für Familienforschung und plädiert für die Errichtung einer entsprechenden Abteilung im Reichsgesundheitsamt, deren Hauptaufgabe die Unterstützung der Ursachenforschung sein soll, insofern sie nur im Rahmen des Studiums der Familie und des Stammes gelöst werden kann.

Pick (280) beschäftigt sich mit der Konstitution des Organismus, mit seiner Anlage und mit der Vererbung; er rekapituliert die Grundlagen der 1865 veröffentlichten *Mendel*schen Vererbungsregeln und zeigt, daß sie auch für die menschliche Pathologie im allgemeinen Geltung haben.

Rosanoff und *Orr* (310) haben 72 Familien mit einer Nachkommenschaft von 1097 Individuen nach den *Mendel*schen Vererbungstheorien untersucht und sind zu folgenden Schlüssen gekommen: 1. Die neuropathische Konstitution vererbt sich von Generation zu Generation als ein im Sinne *Mendels* sich rezessiv zur normalen Konstitution verhaltender Charakterzug. Theoretisch sind folgende Möglichkeiten gegeben: a) Eltern neuropathisch, dann alle Kinder neuropathisch. b) Der eine Elter normal, aber einer der Großeltern neuropathisch, der andere Elter neuropathisch, dann die eine Hälfte der Kinder neuropathisch, die andere normal, aber so beschaffen, den neuropathischen Zug auf die Nachkommenschaft zu vererben. c) der eine Elter normal, ebenso die Großeltern, der andere Elter neuropathisch, dann alle Kinder normal, aber so, daß sie den neuropathischen Zug auf die Nachkommenschaft vererben. d) Beide Eltern normal, aber jeder Teil neuropathisch belastet von einem der Großeltern, dann ein Viertel der Kinder normal, auch nicht die neuropathische Belastung vererbend, die Hälfte der Kinder normal, aber imstande, den neuropathischen Zug zu vererben, der Rest von einem Viertel neuropathisch. e) Beide Eltern normal, der eine von normalen Großeltern und der andere mit neuropathischem Zug von einem der Großeltern, dann alle Kinder normal, wovon die eine Hälfte imstande sein wird, den neuropathischen Zug zu vererben, die andere nicht. f) Beide Eltern normal, ebenso die Großeltern, dann alle Kinder normal, auch kann kein neuropathischer Zug vererbt werden. 2. Die verschiedenen neuropathischen Erkrankungen (Vff. fassen die endogen entstandenen Geisteskrankheiten, wie Psychopathien, Dem. praecox, Paranoia, Imbez., Epilepsie, senile Störungen usw. als verschiedene Grade der neuropathischen Veranlagung auf) verhalten sich in verschiedenem Grade rezessiv. Die heilbaren Psychosen sind zwar rezessiv im Vergleich zum normalen Zustand, aber dominierend über die Epilepsie und die verwandten Störungen. 3. Verschiedene andere neuropathische Äußerungen spielen in ihren gegenseitigen Beziehungen die Rolle neuropathischer Äquivalente. 4. Kinder von normalen Eltern, deren Eltern neuro-



pathisch sind, können theoretisch nur äquivalente Defekte aufweisen. 5. Als solche Formen der Vererbung haben sich ergeben: a) Die Geschwister leiden an identischen neuropathischen Erkrankungen. b) Psychose bei einem Individuum und abnorme Disposition bei den Geschwistern. c) Psychose bei einem Individuum und isolierte, aber verwandte Symptome bei den Geschwistern, besonders häufig Dem. praecox = Ohnmachtsanfälle oder Krämpfe in der Kindheit. d) Psychosen, die klinisch nicht verwandt sind, z. B. Dem. senilis = hysterische Psychosen. 6. Die neuropathischen Erkrankungen verlangen nur etwa in einem Viertel der Fälle Anstaltsbehandlung. Im ganzen machen sie 1,5—2,0% der Bevölkerung aus. 7. Etwa 30% der Bevölkerung sind neuropathisch belastet und gegebenenfalls imstande, die Neuropathie zu vererben. (*Ganter.*)

Bayerthal (19) ist es in hervorragender Weise gelungen, die vielfachen Beziehungen zwischen Vererbung und Erziehung ins rechte Licht zu stellen. Unter Erziehung versteht der Autor die Entwicklung, Förderung und Hemmung der ererbten Anlagen von der Befruchtung der Keimzelle an bis zum Beginn der Selbsterziehung in einem für das Wohl des einzelnen Individuums und der Gesamtheit günstigen Sinne mittels gleichmäßiger Einwirkung. „Vererbungsproblem und Erziehung“ sowie „die angeborenen Anlagen und die Erziehung“ werden ausführlich und anregend behandelt und dabei wertvolle Hinweise für die Praxis gegeben.

Binswanger (31) schildert in glänzender Rede kurz und prägnant die Konstitutionsanomalien und präzisiert die hierbei erforderlichen psychopädagogischen Maßnahmen, die um so mehr Erfolg versprechen, je frühzeitiger sie einsetzen.

Birnbaum (34) weist auf die Notwendigkeit einer geeigneten einheitlichen Nomenklatur der psychopatischen Grenzzustände hin und gibt eine praktische, gut verwertbare „Kompromißnomenklatur“.

Birnbaum (33) beschäftigt sich mit den psychogenen Krankheitsformen und stellt fest, daß affektiv wirksames Geschehnis (Erlebnis) und persönliche Eigenart (psychogene Disposition) die grundlegenden Komponenten psychogener Krankheitszustände bilden und daß die eigentliche Bedeutung des Erlebnisses in der Rolle des auslösenden Reizes liegt. „Erlebnis“ und „persönliche Eigenart“ werden ausführlich gewürdigt.

Auch nach *Sichel* (327) beruht der Selbstmord in den allermeisten Fällen auf psychisch-abnormer Veranlagung. Seine Ausführungen zeigen, welche Rolle die Neigung zu Selbstmord und Selbstbeschädigung bei den einzelnen Krankheitsformen spielt, welche Mittel und Wege zur Erreichung dieses Zieles benutzt werden und welche Maßnahmen bei der Behandlung selbstmordgefährlicher Kranker in Frage kommen.

Fiévet (101) stellt die bisher beschriebenen Fälle von Mißbildungen des äußeren Ohres zusammen und beschreibt dazu acht selbstbeobachtete Fälle von Mißbildungen am äußeren Gehörapparat. Er legt seinen Betrachtungen folgendes Schema zugrunde: I. Fehlen a) des ganzen äußeren Ohres, b) einzelner Teile 1. der Ohrmuschel; 2. des Gehörganges. II. Mißbildungen a) des ganzen äußeren Ohres, b) einzelner Teile, 1. der Ohrmuschel, 2. des Gehörganges. Bei der Erklärung der Entstehung von Mißbildungen bildet Vererbung einen wesentlichen Faktor.



Stieda (354) gehört nicht zu den Autoren, welche aus tätowierten Figuren und Zeichen Schlüsse auf das Seelenleben der betreffenden Personen machen; er sieht darin keine Degenerationszeichen.

Williams (387): In eine Karte werden Öffnungen gemacht, die jeweils 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 mm voneinander entfernt sind. Blickt man durch zwei Öffnungen nach einem entfernten Gegenstand, so ergibt die Entfernung der beiden Öffnungen, sobald man die zwei scheinbaren Bilder des Gegenstandes einander fast decken sieht, den Durchmesser der Pupille. (*Ganter*.)

Oppenheim (270) hat bei Prüfung der Pupillarreaktion mittels elektrischer Taschenlampen bei Neuropathen gefunden, daß in einigen Fällen auf den elektrischen Lichtreiz keine Pupillenverengerung erfolgte, während sich die Pupillen gleich darauf bei Tageslicht prompt zusammenzogen. — *Hey* (144) bestätigt diese Beobachtungen und nimmt mit *Oppenheim* an, daß die plötzliche Blendung als Schreck Erweiterung der Pupille hervorruft, und daß diese psychische Reaktion die normale Reflexbewegung kompensiert. Nur für einen Teil der Fälle, bei nicht-neuropathischen Individuen, akzeptiert er die *Bartel*sche Erklärung, der das Phänomen darauf zurückführt, daß bei der künstlichen Beleuchtung nicht genügend Strahlen auf die Macula, die pupillomotorisch wirksamste Gegend, kommen.

Auch *Schuster* (348) ist ein Gegensatz im Ausfall der Reflexerscheinung bei Prüfung der Pupillarreaktion aufgefallen, je nachdem er künstliches oder diffuses Tageslicht einwirken ließ. Völlig ausgeblieben ist die Reaktion bei seinen vorzugsweise nicht neuropathischen Patienten aber niemals. *Sch.* glaubt, durch Verschiedenheiten des reflexauslösenden Reizes, welche entweder in der Lichtquelle begründet sind oder bei Passage des Lichtes durch die brechenden Medien des Auges entstehen, das Phänomen am besten zu erklären.

Pfahl (277—278) will mit dazu beitragen, den graphischen Untersuchungsmethoden das allgemeine Bürgerrecht unter den klinischen Untersuchungsmethoden zu verschaffen. Er hat sich selbst einen Apparat konstruiert und eine eigene Methode ausgebildet zur genaueren Untersuchung der verschiedensten Bewegungsformen. Mittels der graphischen Methode, so zeigt *Pfahl*, kann ein großer Teil der Bewegungsvorgänge bei Gesunden und Kranken in einer Weise verfolgt, fixiert und nachträglich studiert werden, wie das auf Grund des Augenscheines unmöglich ist. Mit dieser Methode können krankhafte Schwächezustände, abnorme Ermüdbarkeit, Hemmungszustände, Störungen der Koordination schon dann nachgewiesen werden, wenn dies sonst noch nicht möglich ist; auch für die Therapie gibt sie unter Umständen wertvolle Anweisungen. Mittels Spiegelung hat der Autor feinste Zitterbewegungen der Muskulatur festgestellt und gefunden, daß auch bei sogen. ruhiger Haltung ein großer Teil der Körpermuskulatur Zittererscheinungen erkennen läßt.

Citron (63) zeigt, daß die Plethysmographie es uns ermöglicht, herauszufinden, wie ein Individuum auf bestimmte psychische Reize bezüglich der Blutverteilung reagiert; so können wir den Einfluß von Bädern auf die pathologische Blutverteilung studieren und feststellen, wie weit ein durch psychische Reize ausgelöstes pathologisches Verhalten durch Hydrotherapie modifiziert werden kann; es scheint, als ob das pathologische Verhalten dadurch gebessert werden kann.



Cimbal (62) beschreibt einen einfachen Apparat zur Untersuchung des Auffassungsvermögens von ungeübten Gesunden, Nerven- und Geisteskranken. Der Apparat besteht aus einer Laterna magica, deren Licht durch eine besondere Vorrichtung für eine gewisse, genau und beliebig regulierbare Zeit auf einen Projektionsschirm geworfen wird. *Cimbal* hat hiermit nicht nur bei Prüfung des Auffassungsvermögens, sondern auch bei der Prüfung der Merkfähigkeit und der Intelligenz gute Resultate erzielt.

Mikulski (238) gebraucht bei der Intelligenzprüfung eine Methode, die es gestattet, die Ergebnisse in Ziffern darzustellen und so die Vergleichung von verschiedenen Resultaten bei verschiedenen Kranken und in verschiedenen Krankheitsstadien ermöglicht; er legt den Versuchspersonen zerschnittene Bilder von Tieren usw. vor mit der Aufforderung, die passenden Teile zusammenzulegen. Verf. hat mit dieser einfachen Methode, besonders in Verbindung mit der von *Ebbinghaus* und *Heilbronner*, gute Resultate erzielt.

Raimist (290) untersucht, wie weit sich der Einfluß willkürlicher Hemmung auf den Verlauf der Patellar- und Achillessehnenreflexe beim gesunden Menschen erstrecken und wie sich dieser Einfluß in pathologischen Fällen ändern kann. Die interessanten Untersuchungen zeigen, daß wir in der Lage sind, „willensfreie" und „willensgehemmte" Reflexe vergleichend zu untersuchen und das Ergebnis dieses Vergleichs für Diagnsoe und event. auch Prognose zu verwenden.

Salomon (318) empfiehlt, bei Prüfung des Patellarreflexes den Unterschenkel vorschieben, dabei die Fußsohle auf die Unterlage aufsetzen und dann Fußspitze und Zehen nach abwärts drücken, d. h. die Plantarflektoren von Fuß und Zehen kräftig innervieren zu lassen. Dadurch wird die Antagonistengruppe = M. quadriceps zur Erschlaffung gebracht und derjenige Effekt herbeigeführt, den man zur Auslösung des Patellarreflexes erstrebt.

Althoff (4) empfiehlt zur Prüfung des Achillessehnenreflexes folgende Methode: der zu Untersuchende sitzt auf einem Stuhl, den Rücken an die hintere Stuhlwand gelehnt, das Gesicht etwas nach oben gerichtet. Die Unterschenkel sind im Kniegelenk etwa im Winkel von 110—120° vorgestreckt. Die Füße stehen im mittleren und hinteren Drittel der Fußsohle auf einer etwa 22 cm hohen Fußbank, deren etwa 6 cm breite obere Platte nach beiden Seiten abgerundet ist. So läßt sich der Achillessehnenreflex auch unter schwierigen Verhältnissen prompt auslösen. falls er überhaupt auslösbar ist.

Oeconomakis (267) hat die Marathonläufer hinsichtlich ihrer Reflexe untersucht. Nach dem Laufe wurde eine fast ausschließliche Veränderung der Reflexe der unteren Extremitäten beobachtet, in erster Linie der Patellar- und Achillessehnenreflexe. Bei einem von den neun in Athen angekommenen Läufern war ein völliger Verlust der Patellarreflexe zu konstatieren. Der Plantarreflex fand sich meist gesteigert. Auch der normale Unterschenkelreflex von *Oppenheim* zeigte einige Veränderungen: er schien den Veränderungen der Patellar- und Achillesreflexe zu folgen, da er bei Steigerung der letzten sich gesteigert darstellte und bei Verminderung derselben nach dem Laufe völlig ausblieb. Außerdem war auch der Cremasterreflex auffallend verändert: Er war nach dem Laufe meist vermindert



und fehlte beiderseits vollständig bei zwei Läufern. Die Veränderung dieses Reflexes ist auf eine durch die während des Laufens fortwährende Reibung des Hodensacks an den Innenflächen der Schenkel hervorgerufene Schädigung zurückzuführen. Für eine solche Schädigung im sensorischen Teil des entsprechenden Reflexbogens (Gefühlsabstumpfung) spricht wohl der Umstand, daß bei einigen Läufern der beim Streichen in der Adduktorengegend ausbleibende Cremasterreflex jedoch durch Reizung tiefer gelegener Partien der Innenfläche des Schenkels noch auszulösen war.

An den oberen Extremitäten wurden nur spärliche Veränderungen am Biceps- und den sonst wenig konstanten Radius- und Beugesehnenreflexen konstatiert, was der Verf. auf die eigentümliche Haltung der Arme (in Beugung mit geballten Fäusten) während des Laufens zurückzuführen geneigt ist. Der Tricepsreflex, der konstanteste aller Reflexe der oberen Extremitäten, zeigte gar keine Veränderung. Auch der Bauchreflex, der Unterkieferreflex und der Lichtreflex der Pupillen blieben unverändert.

Diese interessanten Befunde sind wohl als reine Aufbrauchserscheinungen im *Edinger*schen Sinne aufzufassen und können nicht durch eine bei der Ermüdung entstehende Toxämie erklärt werden. (Autoreferat.)

Juschtschenko (178) hat bei Geisteskranken und zum Vergleich auch bei Gesunden den Gehalt an Katalase, Phylokatalase, Nuklease, Antitryphin untersucht, die hämolytischen Eigenschaften des Serums geprüft und auch die Reaktion der Komplementbildung ausgeführt. Wenn es auch keinem Zweifel unterliegen kann, daß die fermentativen und fermentartigen Prozesse im Organismus der Geisteskranken und schwer Degenerierten Störungen erleiden, so bringen doch die bisher gewonnenen Resultate nur wenig Aufklärung. Immerhin hat der Autor sehr bemerkenswerte Befunde festgestellt, die nicht nur für die Diagnostik, sondern auch für die Therapie von großer Bedeutung sein können.

Halbey (131) weist darauf hin, daß Geisteskrankheiten, geistige Schwächezustände und Epilepsie eine gewisse Rolle bei der Auswanderung und Einwanderung spielen. Er hält es im Interesse der Schiffahrtsgesellschaften für wünschenswert, daß bei der Untersuchung der Auswanderer auf Geisteskrankheiten und psychische Abnormitäten besonderer Wert gelegt wird. Im Jahre 1910 sind 379 Personen wegen Geisteskrankheit vom Einwandern in die Vereinigten Staaten von Nordamerika ausgeschlossen worden; 709 Personen sind wegen geistiger Störungen und Epilepsie wieder in die alte Heimat zurücktransportiert, zusammen 1088 = 0.1% der Gesamtzahl der Auswanderer.

Funaioli (111) macht unter reichlicher Verwendung, besonders auch der deutschen Literatur, Vorschläge zur Reformierung des italienischen Sanitätswesens, soweit die Psychiatrie in Frage kommt, und zwar für die Friedens- wie für die Kriegszeiten. Vor allem schwebt ihm Deutschlands Beispiel vor.

(*Ganter.*)

Auf Grund einer Publikation von *d'Autheaume* und *Mignot* bespricht *Adam* (2) das Vorkommen der Geisteskrankheiten im französischen Heere. Er stellt fest, daß in jedem Jahre eine ganze Anzahl Rekruten eingestellt werden, die nach



ihrem ganzen Geisteszustande den Anstrengungen und der Verantwortung des militärischen Dienstes nicht gewachsen sind. Die Zahl der Imbezillen und Idioten ist von 0,04 : 1000 im Jahre 1893 auf 0,29 im Jahre 1904 gestiegen; es ist das fast die Hälfte des Gesamtabganges wegen Geisteskrankheit. Die progressive Paralyse nimmt eine sehr wichtige Stellung in den geistigen Erkrankungen des Heeres ein, was wohl den mannigfachen körperlichen Anforderungen mit zuzuschreiben ist. Nach ihr kommt die Dementia praecox. Unter den Straffälligen im Heere ist eine große Anzahl psychopathischer, degenerierter Individuen, deren geistige Schwäche sie zu häufigen Opfern der Militärjustiz werden läßt. Empfohlen wird als Prophylaxe genaue Untersuchung der Soldaten durch spezialistisch ausgebildete Militärärzte und Unterstützung dieser Maßregel durch Offiziere, die die Grundlagen der Geisteshygiene sich angeeignet haben.

II. Ätiologie.

Stertz (353) hat in der Breslauer Klinik charakteristische Fälle von periodischem Schwanken der Hirnfunktion beobachtet; auf kurze Phasen relativ freien Bewußtseins folgten in regelmäßigem Wechsel solche von Benommenheit. Er führt diese periodischen Schwankungen der Hirnfunktion vor allem auf organische Gefäßwanderkrankung und hinzutretenden intermittierenden Angiospasmus zurück, der periodische Ischämien des Gehirns und damit entsprechende Funktionsstörungen zur Folge hat.

Hannes (134) glaubt auf Grund seiner Untersuchungen nicht, daß es eine Beeinflussung der späteren körperlichen und geistigen Entwicklung asphyktisch oder mit Kunsthilfe, namentlich mit der Zange zur Welt gekommener Kinder gibt. Asphyktisch oder mit Kunsthilfe geborene Kinder stehen hinsichtlich der hier in Betracht kommenden Möglichkeiten nicht schlechter als die bei regelrechtem Geburtsverlauf spontan Geborenen. Die Bewertung der schweren und asphyktischen Geburt als ätiologischen Moments für später manifest werdende geistige und nervöse Störungen wird übertrieben.

Münzer (254) führt die Schwangerschafts- und Wochenbettspsychosen auf im Übermaß sezernierte toxische Produkte des graviden bzw. puerperalen Uterus zurück. Zu dieser Grundursache treten dann noch eine Reihe von Hilfsmomenten, welche den Ausbruch der Psychose begünstigen.

Plönies (285) führt eine große Zahl nervöser und psychischer Störungen auf Magenerkrankungen, auf gastrogene Toxine zurück und weist ausführlich auf die Wichtigkeit entsprechender diätetischer Behandlung hin: die Diät ist und bleibt der unentbehrliche Heilfaktor in der Behandlung der gastrogenen zerebralen Störungen.

Sewell und *Mc. Dowall* (325) untersuchten das Blut von 50 Geisteskranken (Verwirrtheit, Melancholie, chr. Psychosen) auf Mikroorganismen, die man für die Krankheit etwa hätte verantwortlich machen können. Resultat negativ. Trotzdem lassen die Verf. die Frage offen, ob nicht Giftstoffe von irgendwo im Körper verborgen sitzenden Bakterien die Ursache der Geisteskrankheit sein könnten.

(*Ganter.*)



Meyer (236) hat eine größere Anzahl von Kranken mit frischen Kopfverletzungen oder schwerer allgemeiner Körpererschütterung psychiatrisch-neurologisch untersucht und dabei festgestellt, daß psychische Abweichungen verschiedener Art: Störungen der Orientierung, der Merkfähigkeit, abnorme Ermüdbarkeit, Neigung zur Perseveration, aphasische Störungen, leichte Stuporzustände, Euphorie viel häufiger sind, als die oberflächliche Untersuchung und das eigene Empfinden der Kranken erkennen läßt.

Kopystinski (194) bearbeitet auf Grund des eigenen Materials und der Literaturangaben die Frage nach dem Zusammenhange zwischen Schädeltrauma und Psychose. Aus seinen Schlüssen heben wir Folgendes hervor: Die traumatischen Psychosen können sowohl unmittelbar nach dem Trauma, als auch nach Ablauf einer längeren — manchmal jahrelangen — Periode zum Ausbruch kommen. Sie verlaufen meist nach dem Typus einer Dementia praecox (in 38%), kommen aber auch als Epilepsie (18%), Imbezillität (14%), *Köppen*sche Dementia post-traumatica (8%) und progressive Paralyse (6%) zum Vorschein. Als ätiologischer Faktor figuriert das Trauma am häufigsten in der Epilepsie (10%), dann in der Imbezillität (9,4%) und in der Dementia praecox (5,1%). In der progressiven Paralyse übt das Trauma einen Einfluß in der Weise aus, daß es entweder den Zustand verschlimmert oder eine latente Krankheit zum Ausbruch bringt.

(*Fleischmann*-Kiew.)

Stroemer (360) berichtet über einen im Anschluß an eine gynäkologische Operation aufgetretenen Fall von Amentia und macht darauf aufmerksam, daß beim Zustandekommen dieser Psychose körperliche (Vorleben, Trauma, langdauernde Blutverluste, Operation) und seelische Schädigungen (Angst vor der Operation) eine Rolle gespielt haben, daß die Operation als auslösendes, die schließlich akut gewordene Erschöpfung aber als ursächliches Moment anzusehen sei.

Voß (380) schildert in anschaulicher Weise die vielfachen Beziehungen zwischen Tuberkulose und Nervensystem, besonders nach ihrer klinischen Seite.

Lagriffe (199): Ein Fall von akutem Delirium, ein anderer von Verwirrtheit, deren Ursache Verf. in einer tuberkulösen Meningitis zu erkennen glaubt. Jener durch die Sektion bestätigt. (*Ganter.*)

Stierlins (357) interessante Ausführungen berichten über die psychischen und nervösen Störungen, welche bei den Überlebenden der Katastrophen von Valparaiso, Messina-Reggio, Courrières, Radbod, Mülheim u. Crail festgestellt worden sind: Akute, rasch ablaufende Schreckpsychosen vom Charakter hysterischer oder epileptischer Dämmerzustände und solche chronischen Verlaufs, an Erschöpfungspsychosen und Korsakow erinnernd. Oft war in der ersten Zeit folgender nervöser, vorwiegend vasomotorischer Symptomenkomplex nachweisbar: Schlafstörungen, erhöhte Frequenz und Labilität des Pulses, Steigerung der Patellarreflexe; weniger regelmäßig: Dermographie, starkes Schwitzen, Gefühl aufsteigender Hitze, kühle Extremitäten, Zephalgie, Vertigo, Abulie, Tremor. Die Störungen verliefen meist günstig, nur in einzelnen Fällen entwickelten sich daraus eigentliche Neurosen. Bezüglich der Rassendisposition bemerkt der Autor, daß der Süditaliener zu rasch ablaufenden akuten hysterischen Manifestationen, der nord-



französische Arbeiter für hysterische Neurosenformen disponiert scheint. Bei Deutschen der bessergestellten Klassen sind vorwiegend neurasthenische Störungen beobachtet worden.

Mondio (248) hat die nach dem Erdbeben von Messina und infolge desselben geistig Erkrankten in der Irrenanstalt „Lorenzo Mandalaro" zu beobachten Gelegenheit gehabt. Es gehörten an: der allgemeinen Verwirrtheit 20 (12 M. 8 Fr.), den hysterischen Geistesstörungen 30 (3 M. 27 Fr.), den neurasthenischen Geistesstörungen 30 (28 M. 2 Fr.), den epileptischen Geistesstörungen 12 (8 M. 4 Fr.), der Hypomanie 2, dem halluz. Irresein 13, der progr. Paralyse 3. Seine sonstigen wichtigsten Erfahrungen waren: Eine schlimmere Wirkung als das körperliche Trauma hatte der Schock auf die Psyche. Dauer und Ausgang der Psychose hing außer von der Heftigkeit der Gemütserschütterung auch von der Veranlagung des Individuums ab. Die traumatischen Psychosen, bei denen der psychische Schock die Hauptrolle spielt, stellen sich kurz nach dem Trauma ein, während bei den körperlichen Verletzungen die Psychose erst später zum Ausdruck kommt. (*Ganter.*)

Cotton und *Hammond* (68) schildern auf Grund der Krankengeschichte einer 55 Jahre alten Negerin (Lehrerin) das Bild einer Herz- oder „Zirkulationspsychose": Ängstliche Verstimmung mit plötzlichem Beginn und unregelmäßigem Verlauf, nächtlichen Delirien, lebhafter Reaktion auf Halluzinationen und raschem tödlichem Ausgang. Ursache eine Herzkrankheit. Die histologische Untersuchung ergab Degenerationserscheinungen in den Pyramidenzellen. Verf. nimmt einen Zusammenhang an zwischen der Herzkrankheit, der „zentralen Neuritis" und der Psychose an. (*Ganter.*)

III. Pathologie.

Reichardt (297) behandelt nach kurzer Definition der „Hirnschwellung" und besonderem Hinweis auf die Notwendigkeit konsequenter Berücksichtigung des Schädelinnenraums bei Feststellung des Hirngewichts zunächst die Beziehungen von Hirnhyperämie, Hydrozephalus, Hirnödem zur Hirnschwellung und wendet sich dann ihren Ursachen zu. Die Liquorverhältnisse bei Hirnschwellung, ihre Histologie und ihr Wesen werden hierauf besonders besprochen. Das Literaturverzeichnis nennt 78 Arbeiten. „Als Hirnschwellungen im engeren Sinne kann man zurzeit verstehen: Volumenvergrößerungen des Gehirns von verschiedenster Ätiologie, bei welchen die Volumenvermehrung nach dem gegenwärtigen Stand der Kenntnisse nicht erklärt werden kann durch Hypertrophie oder Hyperplasie, entzündliche Neubildung, Schwellung durch Hyperämie, Anwesenheit vermehrter freier Flüssigkeit und auch nicht durch histologische Befunde, welche die Volumenvergrößerung des Gehirns restlos erklären könnten." „Das Wesen der Hirnschwellung ist dunkel."

Reichardt (296) beschäftigt sich mit der Frage nach der Existenz bestimmter charakteristischer Todesarten bei Hirnkrankheiten. Er weist dabei zunächst auf die Wichtigkeit richtiger Körpergewichtsbestimmungen hin, macht auf die Wertlosigkeit einer Körpergewichtszahl ohne sonstige Angabe aufmerksam und betont, daß das Körpergewicht in Beziehung zur Körpergröße gebracht und der Körper-



gewichtsquotient festgestellt werden muß. Auf Grund seiner Untersuchungen stellt *R.* dann folgende Todesarten auf: Tod nach vorangegangener endogener, wahrscheinlich zerebraler Abmagerung, auch wenn das Maximum der an sich tötlichen Abmagerung nicht erreicht ist; Tod im zerebrospinalen sogenannten Marasmus; Tod nach trophischen Störungen; Tod nach auffallenden Temperaturerscheinungen; Tod nach starken anfallsartigen Störungen, wobei manchmal gleichzeitig ein abnormes Verhalten des Körpergewichtes vorangegangen war; Tod nach starken und charakteristischen (anscheinend) psychischen Symptomen; Tod ohne alle auffallenden akuten klinischen Symptome. *R.* glaubt, daß diese verschiedenen Todesarten in Beziehung zu bringen sind zu einer verschiedenen Lokalisation des Krankheitsprozesses im Gehirn, wobei dann auch die individuell verschiedene Hirnorganisation, das Lebensalter und die Eigenart der Hirnkrankheit zu berücksichtigen ist.

Münzer (257) beschäftigt sich mit den schweren Marasmen, wie sie zeitweilig im Gefolge von Hirnerkrankungen auftreten; er schildert deren Erscheinungsformen und erörtert die Möglichkeiten ihrer Entstehung. Der paralytische Marasmus wird als Typus einer mit den Erscheinungen des schwersten Marasmus einhergehenden zerebralen Erkrankung besonders eingehend behandelt. Das Wesen der Krankheit wird als eine durch schwere Funktionsstörungen der untergehenden Nervenzellen bedingte Intoxikation charakterisiert.

Münzer (256) führt uns die krankhaften Erscheinungen der Tanzwut, des Tarantismus, der Selbstgeißelung, des modernen Sektenwesens mit seinen Auswüchsen und Absonderheiten vor Augen. Auch er rubriziert diese psychischen Epidemien unter die Hysterie und führt sie besonders auf 3 Faktoren zurück: Nachahmungstrieb, Suggestion und Einfluß der Massenwirkung (Massenhysterie). Eine kurze kritische Betrachtung der hysterischen Phänomene beschließt die interessanten Ausführungen.

Trömner (374) bespricht in seinen Ausführungen die motorischen Störungen des Schlafes. Das Schlafsprechen ist an sich kein Zeichen pathologischer Veranlagung. Einen klinischen Zusammenhang zwischen Schlafwandeln und Epilepsie hält *Trömner* für unbeweisbar. Der kataleptische Halbschlaf ist häufiger bei nervösen als bei nicht nervösen Personen, dagegen sind die als „Schlaftic" oder „Jactationes nocturnae" bezeichneten motorischen Störungen des Schlafes ausgesprochen neuropathischer Genese. Was die Enuresis nocturna anlangt, so begünstigt manifeste Epilepsie zwar das Auftreten unwillkürlicher nächtlicher Entleerungen, in den meisten Fällen sind aber allerlei andere neuropathische Momente als Ursache anzuschuldigen. Außerdem bleibt ein nicht geringer Prozentsatz solcher Fälle übrig, bei denen die Enuresis einen aus der Wiege in das Leben übernommenen Schwächezustand, eine Art „Reflexinfantilismus" darstellt. Empfohlen wird gegen diese motorischen Schlafstörungen die Hypnose, die Verf. auch bei älteren Fällen mit Erfolg angewandt hat.

Haymann (136) gibt eine vorzügliche umfassende Übersicht über die gesamte, seit 1906 erschienene Literatur aus dem Bereich der Kinderpsychosen ausschließlich der Epilepsie. Das Literaturverzeichnis nennt 273 Arbeiten.



Hochsingers (150) Ausführungen kommen zu dem Schluß: Das isolierte Fazialisphänomen bei älteren Kindern und Jugendlichen hat unter allen Umständen eine pathologische Bedeutung, es ist das sinnfällige Symptom einer angeborenen neuropathischen Konstitution, welche sich bei den Eltern, besonders den Müttern, durch das sehr häufig vorhandene gleiche Phänomen in Verbindung mit funktionellen Neurosen zu erkennen gibt; das isolierte Fazialisphänomen ist ein Hauptattribut der psychischen Übererregbarkeit und Nervosität der Jugendepoche und haftet fester beim weiblichen als beim männlichen Geschlechte. Jugendliche Nervosität und infantile Übererregbarkeit, bez. Spasmophilie der Säuglinge, gehören genetisch zusammen und beruhen in letzter Linie auf hereditärer neuropathischer Veranlagung.

Dreyfus (85) schildert nach kurzer Präzisierung des depressiven Symptomenkomplexes eine Reihe von leichten Depressionszuständen bei bis dahin psychisch völlig Gesunden und bei Psychopathen; er zeigt dabei, wie diese Depressionszustände die Folge von ganz verschieden zu bewertenden ursächlichen Momenten sein können, und macht darauf aufmerksam, daß hier die Ätiologie der Symptomatologie differential-diagnostisch überlegen ist und Prognose wie Therapie entscheidend beeinflußt.

Genil-Perrin (114): Beispiele von krankhaftem Altruismus bei Geisteskranken, Melancholischen, Hysterischen, Degenerierten usw. Das Symptom zeigt sich in einem merkwürdigen Schwanken oder in der ungleichmäßigen Entwicklung der verschiedenen Seiten des Gemütslebens, z. B. begeht jemand einen Diebstahl, oder verschleudert sein Vermögen, um den Armen eine Gabe zu verschenken, oder setzt die Tierliebe über die Menschenliebe u. dgl. m. (*Ganter.*)

Graves (124) zeigt, daß die scapula scaphoidaea sich vom Durchschnittstypus des menschlichen Schulterblattes in vielfacher Hinsicht unterscheidet; vor allem ist ihr Vertebralrand unterhalb der spina mehr oder weniger konkav. *Gr.* weist auf den Zusammenhang zwischen Vorkommen der scap. scaph. und Syphilis in der Aszendenz hin und stellt folgende These auf: „Die scap. scaph. ist eine Anomalie der Entwicklung, welche in der Nachkommenschaft entsteht, veranlaßt durch einen abnorm wirkenden Umstand, der die Eltern betroffen hat; sie pflanzt sich von den Eltern auf Kinder fort durch mehrere Generationen; und wenn nicht der abnorme Umstand von neuem bei den Abkömmlingen wirksam wird, verschwindet die scap. scaph. allmählich und der Rassetypus herrscht wieder vor.

Reye (302) stellt auf Grund seiner Untersuchungen über das Vorkommen der kaphoïden Form der Skapula fest, daß die scapula scaphoïdea in ganz überwiegender Mehrzahl der Fälle als Degenerationszeichen zu betrachten ist. In ätiologischer Beziehung spielt in erster Linie Lues, aber nur etwa in der Hälfte der Fälle, eine Rolle. Weiter kommen Alkoholismus, Tuberkulose und schwere nervöse Erkrankungen des Aszendenten als ätiologische Faktoren in Betracht. In ganz seltenen Fällen scheinen auch in den ersten Lebensjahren akquirierte Schädigungen das Auftreten von skaphoïden Skapulaformen bewirken zu können. *R.* bestätigt also im wesentlichen die Anschauungen des Amerikaners *Graves.*

Frankhauser (107) präzisiert kurz seinen diagnostischen Standpunkt und bringt dann 40 in der Bezirksheilanstalt Stephansfeld 1900—1906 beobachtete



Fälle von Geschwisterpsychosen: Dementia praecox-Fälle, manisch-depressive Fälle und Rückbildungspsychosen (Spätdemenzen). Das hereditäre Moment in der Ätiologie ist das innere Band aller funktionellen Psychosen. Von den 40 Geschwisterpsychosen betreffen 17 beide Geschlechter, 23 nur eins; hiervon 4 das männliche, 19 das weibliche. Das weibliche Geschlecht ist überall empfänglicher für die erbliche Übertragung von Krankheitsanlagen als das männliche. Bei Heredität von seiten des Vaters sind mehr die Töchter, bei solcher von seiten der Mutter mehr die Söhne gefährdet. Der Einfluß des Vaters bei der Vererbung scheint im allgemeinen mächtiger zu wirken, als der der Mutter. Bei Erkrankung eines Bruders ist die Wahrscheinlichkeit, daß eine Schwester erkrankt, größer als die, daß wiederum ein Bruder erkrankt; bei Erkrankung einer Schwester ist die Wahrscheinlichkeit, daß wiederum eine Schwester erkrankt, größer. Die jüngeren Geschwister erkranken zweimal so oft früher als die Eltern; die Schwere der Belastung ist auch vom Alter der Eltern abhängig.

Suchanow (336) schildert den Fall einer manisch-depressiven Erkrankung bei Zwillingsschwestern und erörtert im Anschluß daran die Frage über die Zwillingspsychose. *S.* erkennt die Berechtigung einer solchen Krankheitsform nicht an. In seinem Falle konnte von einer Identität der Erkrankung bei den Geschwistern keine Rede sein. Es handelt sich vielmehr um eine Familienpsychose, die bei den allernächsten Verwandten zum Ausbruch gekommen war. (*Fleischmann*-Kiew.)

Partenheimer (273) faßt seine interessanten Ausführungen in folgenden Schlußsätzen zusammen: „Das Bestehen induzierten Irreseins im strengen Sinne ist äußerst selten, wenn nicht überhaupt fraglich. Induziertes Irresein kann nur angenommen werden, wenn ein nachweisbar erblich nicht erheblich belastetes, also zu geistiger Erkrankung nicht von vornherein prädisponiertes Individuum lediglich durch den Umgang mit einem Geisteskranken in eine Geisteskrankheit verfällt, die in klinischem Sinne, in Inhalt und Form mit der Psychose des Ersterkrankten identisch ist und nach der Trennung auch weiter einen selbständigen Charakter trägt. Die Krankheitsform, die für das induzierte Irresein bei diesen Voraussetzungen wohl allein in Betracht kommen könnte, wäre die Paranoia".

Runge (317) stellt auf Grund eigener Erfahrung und unter Heranziehung zahlreicher Statistiken anderer Autoren fest, welche Psychosenformen während des Generationsgeschäftes vorkommen, welche ätiologischen Momente bei Entstehung der einzelnen Formen eine Rolle spielen und welche Momente für Verlauf und Prognose von besonderer Bedeutung sind. Auch *Runges* Resultate bestätigen, daß es keine spezifischen Generationspsychosen gibt. Endogene ätiologische Momente sind hier weniger als sonst bei den Psychosen vertreten, dagegen zeigen über die Hälfte der Fälle exogene ätiologische Momente. Die Prognose der Generationspsychosen in der Gesamtheit ist günstig und zwar infolge des Prozentsatzes an Fällen der Amentiagruppe, der Melancholie und der hysterischen Psychosen. Bei der Therapie betont *Runge* die außerordentlich große Suizidgefahr. Der Einleitung des künstlichen Abortes bei Graviditätspsychosen gegenüber äußert er sich sehr zurückhaltend und empfiehlt größte Vorsicht und vorherige Beobachtung und Behandlung in einer Anstalt.



Meyer (231) bespricht nach kurzen statistischen Mitteilungen und kurzer Würdigung der Beziehungen zwischen Generationstätigkeit und Paralyse, Alkoholismus, Epilepsie und Hysterie ausführlich die Graviditätspsychosen, die kurz dauernden psychischen Störungen während oder direkt nach der Geburt, die Puerperalpsychosen im strengen Sinne, die eklamptischen Psychosen und Laktationspsychosen. Auch nach *M.* gibt es keine spezifische puerperale Psychose. Er glaubt, daß die Generationstätigkeit weniger von unmittelbarer Bedeutung für die Entstehung von Psychosen ist, als mittelbar durch Schwächung des Nervensystems den günstigen Boden für nervöse und psychische Störungen bietet. Für Stellung der Indikation des künstlichen Abortes stellt der Autor folgenden Satz auf: „Das Fortbestehen der Schwangerschaft muß die dringende Gefahr in sich schließen, daß ein dauerndes schweres Nervenleiden entstehen wird, das auf keine andere Weise zu beseitigen ist, und von dem man mit Bestimmtheit erwarten kann, daß es durch die Unterbrechung der Schwangerschaft geheilt bez. in der Entwicklung für die Dauer gehemmt wird. Eine vorherige Beobachtung in nicht ganz klaren Fällen und ein sorgfältiger Behandlungsversuch sind notwendig; auch soll man stets verlangen, daß eine neue Gravidität jedenfalls für Jahre vermieden wird."

Jolly (168) hat bei 79 von 1887—1900 in der Hallenser Klinik behandelten Puerperalpsychosen katamnestische Untersuchungen angestellt; er macht auf Grund seiner Feststellungen wertvolle Mitteilungen über Ätiologie, Zeit des Ausbruchs, Dauer und Ausgang der Erkrankung und knüpft daran diagnostisch-statistische Bemerkungen. Meist handelte es sich um Frauen zwischen 26 und 35 Jahren und zwar um Mehrgebärende, selten um außerehelich Geschwängerte. Die meisten Psychosen gehörten der Amentia an, etwas weniger der Manie-Melancholie-Gruppe, noch weniger der Katatonie. Die Katatonie zeigte absolut ungünstige Endprognosen. Völlig geheilt 46%, bei Hinzurechnung der mit geringem Defekt Geheilten und bei Wiedererkrankung Genesener 59%. Wiedererkrankung durchschnittlich nach 3 Jahren 8 Monaten. Für den Ausgang als günstig erwiesen sich Infektion und erschöpfende Momente, als ungünstig angeborener Schwachsinn, chronischer Beginn, frühere geistige Erkrankung im jugendlichen Alter, Fehlen einer besonderen Veranlassung. Die Dauer der Psychosen war länger: bei Belasteten, Frauen über 30 Jahren, bei chronischem Beginn und bei Amentia mit besonders hervortretenden katatonen Zügen; kürzer: bei den in den ersten zwei Wochen nach der Geburt und bei den im Anschluß an Infektion aufgetretenen Psychosen. — Derselbe Verfasser (169) beschäftigt sich an der Hand des gleichen Materials noch einmal besonders mit der Prognose der Puerperalpsychosen; sie ist am günstigsten bei den Amentia-Fällen.

Da Rocha (306) hat in der Irrenanstalt zu Juquery (Brasilien) Beobachtungen an 285 geisteskranken Negern angestellt. Es fanden sich: Periodisches Irresein bei 38 M. 41 Fr., Melancholie bei 4 M. 1 Fr., Dementia praecox (die katatonische Form ist sehr selten) bei 27 M. 32 Fr., systematisierter Wahnsinn der Degenerierenden (nach *Magnan*) bei 6 M. 2 Fr. (Heilung nach einigen Monaten nach Aufhören der schädigenden Ursachen), Paranoia bei 1 M. 1 Fr. (die harmlosen Fälle kommen natürlich nicht in die Anstalt), Epilepsie bei 15 M. 18 Fr. (vorwiegend Kriminal-



fälle; sie zeigen alle Formen der Epilepsie), Alkoholismus bei 13 M. 16 Fr., Dementia paralytica bei 4 M. 1 Fr., Dementia senilis bei 12 M. 16 Fr., Imbezillität bei 7 M. 20 Fr., Idiotie bei 1 M. 4 Fr., moralisches Irresein bei 3 M. Der geistige Tiefstand und der Mangel von Kultur spiegelt sich auch im Krankheitsbild wieder. Die Dementia paralytica ist sehr selten, trotzdem Syphilis und Alkoholismus häufig vorkommen. Der Alkoholismus findet sich besonders häufig bei den Weibern. Der Anteil der Weiber an der Verblödung übertrifft den der Männer. (*Ganter.*)

Hannard (133): *Sérieux* und *Capgras* versuchten aus der Krankheitsgruppe des délire systématisé chronique (Paranoia) das délire d'interprétation (Beziehungswahn) als wohlcharakterisierte Unterabteilung hervorzuheben (Vorherrschen der Eigenbeziehungen, fast völliges Fehlen von Halluzinationen, im übrigen kein Intelligenzdefekt, Unheilbarkeit, keine Verblödung). Der Verf. erkennt an der Hand von 10 ausführlichen Krankengeschichten im großen ganzen diese Einteilung als richtig an, nur findet er, daß die Mischformen überwiegen. Nur 2 Krankengeschichten können als fast reines délire d'interprétation angesprochen werden, die übrigen zeigen Mischungen mit dem délire de revendication (Quärulantenwahnsinn), dem délire hallucinatoire chronique, dem délire d'imagination (Fabulieren). Den Schluß bildet ein Literaturverzeichnis von 260 Nummern (darunter auch viele deutsche Autoren). (*Ganter.*)

Nitsche und *Wilmanns* (262) unterscheiden in ihrem Referat drei Perioden. Die erste umfaßt die Arbeiten der alten Schulen, die zweite betrachtet die Frage der Gefängnispsychose unter dem Gesichtspunkte der Dementia praecox-Lehre *Kräpelins*, die dritte unter dem Gesichtspunkt der *Magnan-Möbius*schen Anschauungen über Degeneration. „Der langjährige Kampf um die Frage nach einer spezifischen Haftpsychose hat sich dahin entschieden, daß die in der Haft zur Entwicklung kommenden juvenilen Verblödungsprozesse nur eine charakteristische Färbung von dem Haftmilieu erhalten, und daß bei entsprechend organisierten Persönlichkeiten akute und chronische Psychosen zur Entwicklung kommen können, die denjenigen an die Seite zu stellen sind, die auch in der Freiheit unter dem Einfluß affektbetonter Erlebnisse bei ihnen beobachtet werden."

Heinicke (138) beschreibt einen seltenen Fall von Begnadigungswahn bei einer an seniler Geistesstörung leidenden Gewohnheitsverbrecherin, die fast die Hälfte ihres Lebens in Strafanstalten zugebracht hatte. Der Autor bestätigt die bekannten *Rüdin*schen Anschauungen über Genese und Verlauf dieses Krankheitsbildes.

Heinicke (139) schildert kurz und prägnant die Hauptanfänge psychischer Störungen bei Gefangenen und knüpft daran bemerkenswerte Ausführungen über Simulation psychischer Störungen.

Willige (388) beschäftigt sich in seinen sehr beachtenswerten Ausführungen mit nervösen und psychischen Störungen nach Blitzschlag und veröffentlicht eine Reihe charakteristischer großenteils selbst beobachteter Fälle. Er teilt die Fälle ein in solche von unmittelbarer Schädigung und solche von mittelbarer (durch Telephon oder Telegraph) Schädigung durch Blitzschlag. Gemeinsam ist allen Krankheitsbildern eine Mischung von organischen Läsionen — besonders der

Hirnnerven — und funktionellen Störungen, wie man es bei anderer Ätiologie seltener findet. Die Aussichten auf definitive Heilung sind bei den unmittelbaren Blitzwirkungen günstiger als bei den mittelbaren.

König (191) beschreibt ausführlich das Krankheitsbild einer schweren hysterischen Psychose nach Blitzschlag.

Bischoff (35) beschreibt den Verlauf einer selbst beobachteten Starkstromverletzung bei einem 35jährigen Arbeiter mit glücklichem Ausgang. Während der Ausgleich der Störungen auf vegetativem und nervösem Gebiete nur Sekunden, Minuten und Stunden in Anspruch nahm, dauerte der Ausgleich der psychischen Störungen Stunden, Tage, Wochen und Monate.

v. Maltzahn (227) hat bei Geisteskranken, welche an den verschiedenen Formen der Dementia, an hysterischen Psychosen, an Manie, Melancholie, Dämmerungszuständen und Amentia litten, mit Hilfe der *Bourdon*schen Probe Aufmerksamkeitsprüfungen vorgenommen; er schildert die verschiedenen Arten von Aufmerksamkeitsstörungen: Hypo- und Hypervigilität, Hypo- und Hypertenazität, Aprosexie und Hyperprosexie und macht darauf aufmerksam, daß der Ausfall solcher Untersuchungen in Verbindung mit den übrigen Symptomen der Krankheit für die Diagnose ausschlaggebend sein kann.

Rohdes (307) Versuche zeigen, daß Assoziationsproben bei der Diagnose der Geisteskrankheiten wertvolle Dienste leisten und daß sich damit Wahnideen besonders gut hervorlocken lassen. Für die forensische Praxis sind derartige „Überlistungsversuche" aber nur mit großen Einschränkungen verwertbar.

Klepper (189) hat Assoziationsversuche zur Unterscheidung von epileptischen und katatonischen Zuständen angestellt. Seine Untersuchungen zeigen, daß man mit der Assoziationsmethode allein oder in Verbindung mit anderen Prüfungen wohl imstande ist, auch ohne Kenntnis der Anamnese die Unterscheidung von katatonischen und epileptischen Zuständen mit großer Wahrscheinlichkeit zu machen.

Kilians (187) zahlreiche Assoziationsversuche bei einem Fall von Manie haben viele Stereotypien ergeben; er läßt es deshalb dahingestellt, ob diese Stereotypien ein bei den Assoziationen manischer Kranker häufig vorkommendes Symptom sind, oder ob sie eine Besonderheit seiner auch sonst viel Manieriertheiten aufweisenden Versuchsperson darstellen. Anamnestische und sonstige klinische Symptome haben daran denken lassen, das Krankheitsbild als manisch-depressive Erregung auf latent-epileptischer Grundlage zu deuten.

Rosenfeld (311) macht auf die diagnostische Verwertbarkeit des kalorischen Nystagmus aufmerksam und wünscht dieser einfachen, gefahrlosen und bequemen Untersuchungsmethode weitere Verbreitung; er hat damit nicht nur bei organischen Gehirnkrankheiten, sondern auch bei der Prüfung der Schwere von Bewußtseinsstörungen bemerkenswerte Tatsachen festgestellt. Bei Bewußtseinsstörungen durch Intoxikationen (Morphium-, Alkoholvergiftung, Delirium tremens besonders) empfiehlt Verfasser auf kalorischen Nystagmus zu prüfen; prognostisch wichtig ist, ob rasche Nystagmusbewegung oder langsame, wechselnde bzw. fixierte Deviation erfolgt oder ob die bulbi überhaupt nicht mehr mit Bewegungen reagieren.



Meyer (237) macht auf Grund langjähriger Beobachtung darauf aufmerksa daß der Patellarreflex des typischen Neurasthenikers „schnellend" ist und da der „springende" Reflex auf Hysterie deutet. Der schnellende Reflex ist die charak-ristische Form der Erhöhung des Reflexes bei Übermüdung und Überreizung.

Goldflam (119) hat die Knie- und Achillessehnenreflexe an einem groß Material nach einheitlichen Gesichtspunkten und Methoden untersucht und ha Jahre weiter beobachtet und geprüft. Er kommt dabei zu dem Resultat, daß gesun Menschen mit Fehlen der Sehnenreflexe an den Beinen zu den größten Seltenh gehören.

Hahn (130) hat eine größere Zahl von Kranken unter Hyoszin- und Alk wirkung untersucht und dabei besonders den *Babinski*schen, *Oppenheim*schen *Mendel*schen Reflex geprüft. Seine Untersuchungen zeigen, daß „Babinski" v einzelt bei chronischem Alkoholismus vorkommt, er kann in vereinzelten F auch bei Epileptikern unabhängig vom Anfall ohne andere Lokalerscheinun bestehen. Der *Oppenheim*sche Reflex ist der Ausdruck einer schwereren Schädi als der *Babinski*sche. Der *Mendel*sche Reflex scheint nur bei organischen Störun vorzukommen.

Cohn (66) beschreibt einen neuen Kniesehnenreflex, den er bei Beklopf der Fußsohle doppelseitig bei einer multiplen Sklerose, einer syphilitischen Spi paralyse usw., einseitig bei Hemiplegien usw. gefunden hat und fordert zur Na prüfung auf.

Maas (219) macht auf die Bedeutung des gekreuzten Zehenreflexes aufm sam; dieser Reflex beweist das Vorhandensein organischer Veränderungen zentralen motorischen Neuron auch in Fällen, wo „Babinski" fehlt. Eins gekreuzter Zehenreflex ist ohne Bestehen eines organischen Nervenleidens nur vorgeschrittener Tuberkulose beobachtet worden.

Stroehlin (359): Untersuchungen über das Symptom der Mitbewegun bei 24 Hemiplegischen, Erörterung der verschiedenen Theorien über Entsteh dieses Symptoms. (*Ganter.*

Williams (386): Die vom Kleinhirn ausgehende Dysergie läßt sich in einfach Weise so zeigen, daß man den Kranken Linien ziehen und an bestimmten Punk halten läßt. Der Kranke wird dann über die Punkte hinausfahren, der an Atax Leidende hingegen kann meist anhalten, wenn nicht, ist seine Linie unregelmä und zittrig. (*Ganter.*

Devine (79): Drei Fälle von Brustkrebs bei Frauen, von denen die eine Zeiche von Verfolgungswahn, die zweite von Melancholie, die dritte von Verwirrth zeigte. Daß sie ihr Krebsleiden kaum beachteten und es trotz Aufklärung für ei leichte Erkrankung hielten, erklärt Verf. nach den *Freud*schen Theorien. Au geistig Gesunde wollen oft nicht an derartige schwere Krankheiten glauben (A wehrneurose). (*Ganter.*

Jones (171): Beispiele aus der Psychopathologie des Alltagslebens nach *Fre* gleichgenanntem Buch. (*Ganter.*

Jones (170): Erklärung der nervösen Angstzustände nach der *Freud*sch Theorie. (*Ganter.*



Hoepffner (151) hat einen interessanten Fall phantastischer Erlebnisse im Verlaufe einer chronischen Lungentuberkulose beobachtet, die wohl als illusionäre Produkte einer ausschweifenden Phantasie, ausgelöst durch eine zehrende, fieberhafte Erkrankung, anzusehen sind.

Oppenheim (271) teilt vier Krankengeschichten von Psychopathen mit, bei denen sich ohne äußere Ursache im Anschluß an einen heftigen Schwindelanfall mit Übelkeit und Erbrechen ein Jahr hindurch bestehender „Dauerschwindel" entwickelte. Objektive Untersuchung negativ. Autor rubriziert die Patienten in die Gruppe der Neurastheniker und führt den Schwindel auf Reizzustände in den perzipierenden Großhirnzentren zurück. Therapie ziemlich erfolglos.

Stransky (358) berichtet über einen seit Jahren rechts schwerhörigen Alkoholisten ohne Beziehungs-, Verfolgungsideen und sonstige Halluzinationen, der häufig Rauschen, Stimmen beschimpfenden Inhalts, vor allem aber Nachsprechen seiner eigenen Gedanken auf dem rechten Ohr hört und diese Täuschungen auch als solche erkennt. An die Besprechung des Falles knüpft der Autor beachtenswerte Ausführungen über Wesen und Zustandekommen von Halluzinationen.

Wertheim (383) beschreibt eine unter dem klinischen Bilde der Amentia tödlich verlaufene, mit Albuminurie, Zylindrurie, gespanntem Puls, erhöhtem Blutdruck, Kopfschmerzen und Erbrechen verbundene renale Psychose, entstanden im unmittelbaren Anschluß an urämische Krämpfe, welche 3 Monate nach Beginn einer akuten Nephritis aufgetreten waren.

Olivier und *Boidard* (268): Zwei Fälle von Delirium, bei denen kurz nach der Aufnahme Typhus festgestellt wurde. Die Verf. fanden, daß es kein sicheres Zeichen gibt, wonach man ein Infektionsdelir von einer eigentlichen Psychose unterscheiden könnte, auch Temperatur, Puls und Serodiagnostik sind nicht immer zuverlässige Wegeweiser. (*Ganter.*)

White und *Schalberg* (385): 64 Jahre alter Mann, der an Manie mit Halluzinationen leidet, Angriffe auf männliche Kranke, zuletzt Demenz. Bei der Sektion fanden sich die Nebennieren vergrößert (Blutergüsse), zugleich auch, und dies Zusammentreffen ist besonders merkwürdig, die Hypophyse (Adenom). Dieser Tumor wird von den Verf. mit den geistigen Störungen und dem geringen Grad einer Akromegalie in Verbindung gebracht, auch besteht möglicherweise ein Zusammenhang zwischen den Veränderungen in den Nebennieren und der sexuellen Perversion. (*Ganter.*)

Vallon (375): Der Schauspieler Régnard wurde im Restaurant von einem Manne erschossen, den er wegen seines aufgeregten Wesens hatte besänftigen wollen. Verf. gab sein Gutachten dahin ab, daß es sich um einen akuten Rauschzustand bei einem chronischen Alkoholisten gehandelt habe. Es bestand Amnesie für den Vorfall. Der Mörder wurde freigesprochen und auf freien Fuß gesetzt. Da das Gesetz keine Handhabe bietet, solche gefährliche Individuen, da sie nicht eigentlich geisteskrank sind, in die Irrenanstalt zu verbringen, so befürwortet Verf. die Errichtung einer besonderen Anstalt oder eines Adnexes an eine Irrenanstalt, wo gefährliche Alkoholiker, verbrecherische Geisteskranke und geisteskranke Verbrecher in sicherer Verwahrung unter ärztlicher Leitung behandelt werden könnten. (*Ganter.*)



Casamajor (60): Mädchen von 25 Jahren, vor 7 Jahren Typhus, seitdem Gastritis. Dagegen in 44 Tagen etwa 100.0 Bromkali, täglich 1.0—3.0. Zeichen der Bromvergiftung: Erschwerung des Sprechens, Benommenheit, Apathie, plötzliches Delirium mit Halluzinationen, Reflexsteigerung, träge Pupillenreaktion, allgemeine Hyperästhesie, Heilung nach Entziehung. Ähnlich ein Fall von Syphilis, der ebenfalls ungewöhnlich auf kleine Bromdosen reagierte. (*Ganter.*)

Willimann (389) gibt die ausführliche Krankengeschichte eines 83jährigen Paranoikers, der seit 48 Jahren sich in der Anstalt befindet, um zu prüfen, welchen Einfluß das Anstaltsleben auf seine Vorstellungen ausgeübt hat und ob der Kranke dement geworden ist; kein sicheres Ergebnis. (*Ganter.*)

Bond (38): Ein an Dementia praecox leidender, 25 Jahre alter Kranker lebte längere Zeit nur von Brot, Milch und Wasser. Er verlor 20 Pfd. Einige Zeit hindurch streute er sich Salz aufs Brot. Da traten Ödeme auf an den Beinen und Genitalien, das Gewicht stieg um 32 Pfd. Nach regelrechter Ernährung und Ausschluß des Salzes verlor sich das Ödem. Nieren und Herz erwiesen sich als gesund. (*Ganter.*)

Tomaschny (368) berichtet über einen Fall von Katatonie, der seit mehr als 10 Jahren wegen völliger Nahrungsverweigerung mit der Sonde ernährt wird. Die Sondenfütterung erfolgt ohne jedes Widerstreben der Kranken 2—3mal täglich. Alle Versuche, dieselbe wieder zur freiwilligen Nahrungsaufnahme zu bewegen, sind erfolglos geblieben. Das körperliche Befinden der Patientin war dabei niemals wesentlich gestört; Ernährungsstörungen bedenklicherer Art wie Skorbut haben sich nicht bemerkbar gemacht.

Baccelli und *Terni* (11): In Fällen von Dementia praecox schwankte der opsonische Index des Blutserums um den Normalwert, in Fällen von Epilepsie hingegen zeigte er sich in der anfallsfreien Zeit beträchtlich erhöht. (*Ganter.*)

Bigelow (30): Untersuchungen des Liquor cerebro-spinalis bei verschiedenen Nerven-, Geistes- und körperlichen Krankheiten. Der Zellengehalt im Kubikmillimeter schwankt zwischen 0.5—5, durchschnittlich 1.75 Zellen. Krankheiten mit Reizung der Meningen und des Ependyms führen zu einer Steigerung. (*Ganter.*)

Morton (251): Die *Wassermann*sche Reaktion fiel positiv aus in 28 von 30 Fällen von progr. Paralyse. Weiter untersuchte Verf. den Liquor auf Substanzen, welche auf mit Kobragift sensibilisierte rote Ochsenblutkörperchen hämolytisch wirken. Frischer Liquor besitzt keine aktivierenden Eigenschaften für das Kobragift. Zellenreicher Liquor hemmt die aktivierende Kraft des alkoholischen Leberextraktes. Nach dem Zentrifugieren schwindet diese Kraft, mithin beruht sie auf den zelligen Elementen. (*Ganter.*)

Bravetta (49) untersuchte das Blutserum von 67 verschiedenen Fällen von Geisteskrankheit auf die Meiostagminreaktion und mit der *Wassermann*schen Methode. Als Antigen benutzte er eine alkoholische entsprechend verdünnte Lezithinlösung. Die Reaktion fiel nur in 7 Fällen positiv aus. In diesen 7 Fällen war die *Wassermann*sche Reaktion nicht immer positiv. In allen anderen Fällen schwankten die Werte und konnten auf kleine technische Fehler zurückgeführt werden. Mithin hat die Meiostagminreaktion keinen praktischen Wert für die Diagnose der Syphilis



bei Geisteskrankheiten im allgemeinen und für die para- und metasyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems im besonderen. (*Ganter.*)

Roß (313): Menschliche Sera zeigen große Unterschiede, was ihre hemmenden oder fördernden Eigenschaften auf die Kobrahämolyse betrifft, so daß die Klinik hieraus keinen Nutzen ziehen kann. (*Ganter.*)

Pighini (282) veröffentlicht das Resultat seiner Studien über die Fermente Esterase und Nuklease im Blutserum von Geisteskranken. Aus der Gesamtheit der Untersuchungen kann man schließen, daß bei den untersuchten Geisteskrankheiten leichte Schwankungen in der enzymatischen Intensität der Esterase wahrzunehmen sind, während bei Epileptikern die Aktivität der Nuklease je nach dem Stande der Erkrankung variiert.

Pighinis (283) Untersuchungen über die Menge Cholesterins und Oxycholesterins des Serums bei verschiedenen Formen von Geisteskrankheiten haben ergeben, daß eine verhältnismäßig große Menge Cholesterins, begleitet von noch größeren Mengen Oxycholesterins, regelmäßig in den Fällen von manisch-depressivem Irresein, Alkoholismus und bei der progr. Paralyse vorhanden ist. Bei den anderen untersuchten Krankheiten zeigen sich veränderliche Werte, die sich nicht weit vom Normalen entfernen. Von einer Cholesterämie kann also bei keiner der untersuchten Krankheiten gesprochen werden. Vielleicht kommt dem Cholesterin — und auch dem Lezithin — eine hervorragende Rolle beim Zustandekommen der *Wassermann*schen Reaktion zu.

Graziani (125) stellte Blutuntersuchungen an bei 65 Geisteskranken und 18 Pflegern und Pflegerinnen. Die morphologische Beschaffenheit der weißen und roten Blutkörperchen bei Geisteskranken zeigt nur in Ausnahmefällen Abweichungen. Oft schwankt die Zahl der Leukozyten. Vielkernige Leukozyten, seltener Leukozytose, und Hypoeosinophilie im akuten Stadium der Krankheit. Verminderung der vielkernigen Leukozyten, selbst Vorwiegen der einkernigen, mit Beginn der Genesung oder des Überganges ins chronische Stadium. Polynukleäre Leukozytose und Hypoeosinophilie finden sich fast immer bei der Amentia, seltener bei der Dementia praecox und dem manisch-depressiven Irresein und besitzen einen gewissen diagnostischen und prognostischen Wert. Die genannten Veränderungen weisen auf toxische Vorgänge im Organismus hin, von denen wohl auch die krankhaften Hirnsymptome abhängen. (*Ganter.*)

Maaß (220) stellt fest, daß der Restkohlenstoff im Blute von Paralytikern, Katatonikern, Epileptikern, Alkoholdeliranten und chronischen Alkoholikern vermehrt ist und daß bei einzelnen dieser Erkrankungen eine Parallelität zwischen Steigerung des Restkohlenstoffes und Exazerbation im klinischen Zustandsbild besteht.

Stanford (350) untersuchte 1353 Urinproben und fand ein großes Schwanken des Indigogehaltes, ohne daß der geistige Zustand der betreffenden Kranken eine besondere Veränderung zeigte. Verf. hat für diese Erscheinung keine Erklärung. (*Ganter.*)

Butenkos (57) Untersuchungen zeigen, daß der positive Ausfall der *Ehrlich*schen Dimethylamidobenzaldehydreaktion in der psychiatrischen Praxis auf das



Vorhandensein einer komplizierenden Krankheit schließen läßt und mit Sicherheit auf einen pathologischen Zustand der somatischen Sphäre des psychisch Erkrankten hinweist; außerdem leistet diese Reaktion bei der frühzeitigen Erkennung arteriosklerotischer Störungen wichtige Dienste.

Loewe (210) zeigt, daß sich im Harn der Epileptiker eine wechselnde Vermehrung der adialysablen Substanzen von zeitweise außerordentlicher Höhe findet und daß an dieser Vermehrung besonders kolloïdale phosphorhaltige Verbindungen beteiligt sind. Das Harnadialysat des Epileptikers enthält im Anschluß an den epileptischen Anfall, seltener während des Dämmerzustandes, toxische Substanzen. Die Giftwirkung dieser Substanzen besteht in Erscheinungen, welche zuweilen weitestgehende Ähnlichkeit mit dem epileptischen Krampfanfall besitzen. Eine Vermehrung des Harnadialysates findet sich auch bei Fällen von Katatonie, Hebephrenie, progressiver Paralyse und Delirium tremens; bei der Katatonie am ausgesprochensten, bei der Paralyse bisher nur nach epileptiformen Anfällen. Das Harnadialysat bei Katatonie, Dementia paranoïdes, progressiver Paralsye und Delirium tremens besitzt eine hohe Toxizität, die sich wesentlich von der des Epileptikeradialysates unterscheidet: ihre Wirkung äußert sich nie in epileptiformen Erscheinungen.

Loewes (209) Untersuchungen stellen eine Vermehrung der organischen Phosphorsäureausscheidung nach dem epileptischen Anfall fest; sie weisen eine ebensolche Steigerung für eine Anzahl anderer mit Anfällen verschiedener Art verbundener Krankheiten nach; eine Vermehrung der organischen Phosphorziffer im Harn wird weiter wahrscheinlich gemacht für bestimmte Phasen der Paralyse und des Delirium tremens, unwahrscheinlich ist eine solche für eine Anzahl anderer Erkrankungen aus dem psychiatrischen Gebiete, insbesondere für die Katatonie.

Tintemann (365) hat Zuckerausscheidung bei organischen Erkrankungen, bei chronischem Alkoholismus, bei Melancholie, Jugendirresein, Katatonie und Idiotie beobachtet und untersucht. Einen einheitlichen Gesichtspunkt für die Genese dieser Zuckerausscheidungen hat er bei seinen Fällen nicht feststellen können. Bei den organischen Gehirnerkrankungen und beim chronischen Alkoholismus sind psychische Veränderung und Glykosurie Folge einer gemeinsamen Ursache. In anderen Fällen lag der psychischen Störung und der Glykosurie das gemeinsame Moment minderwertiger Anlage zugrunde; hier wurde die Glykosurie als körperliches Degenerationszeichen aufgefaßt.

Benigni (26) untersuchte in 50 Fällen von verschiedenen Geisteskrankheiten die Faezes nach der Methode von *Schmidt* und *Strasburger* und konnte in über der Hälfte der Fälle Störungen im Darmkanal und seinen Adnexen nachweisen. Am häufigsten bestanden die Störungen in mangelhafter Eiweißverdauung, dann in mangelhafter Stärkeverdauung, zuletzt in Fettstühlen. Auch in der Bakterienflora des Darmes zeigten sich Abweichungen. Verf. glaubt aus seinen Befunden das Auftreten toxischer Substanzen im Darm erklären zu können, deren Resorption das prädisponierte Gehirn schädige und die geistige Störung hervorrufe. Damit sei für die autotoxische Theorie eine greifbare Basis gewonnen. (*Ganter.*)

Grafe (122) hat bei 18 Fällen von Stupor ausgedehnte Stoffwechseluntersuchungen vorgenommen und dabei eine deutliche Stoffwechselverlangsamung



estgestellt. Die Herabsetzung der Wärmeproduktion betrug bei besonders ausgeprägtem Stupor bis zu 39% gegenüber dem Durchschnittswert der Norm.

Sommer (332) berichtet über eine polydaktyle Familie, in der sich die Anomalie vom Vater auf vier Söhne vererbt hat, während die einzige Tochter orthodaktyl ist. Die Ausführungen enthalten beachtenswerte Winke für die Erforschung von morphologischen Abnormitäten und deren Vererbung.

Sarteschi (320): Mann von 76 Jahren mit Riesenwuchs, besonders der Extremitäten, und kindlichem Aussehen der Genitalien. Hingegen besteht normale geistige Verfassung. Die Röntgendurchleuchtung ergibt normale Größe der Sella turcica, mithin keine Vergrößerung der Hypophyse. Verf. nimmt an, daß die Akromegalie und der sexuelle Infantilismus vielleicht auf einer Veränderung der Nebenhypophysen beruhen könnte. (*Ganter.*)

Marchand (228): Eine Frau von 51 Jahren mit akuter halluzinatorischer Verwirrtheit und akuter Ataxie. Heilung. Die Enzephalitis des Großhirns bewirkte die geistige Störung, die des Kleinhirns die Ataxie. (*Ganter.*)

Franz (108): Frau von 27 Jahren, wurde 13 Jahre alt von einer Kugel auf der linken Kopfseite getroffen, einige Tage später Krämpfe, die jahrelang ausblieben, dann wieder kamen. Verf. stellte vor und nach der Operation (Zystenbildung in der hinteren Zentralwindung) Sensibilitätsprüfungen an, die bestätigten, daß in der hinteren Zentralwindung das sensible Zentrum liegt. (*Ganter.*)

Ladame (198) untersuchte die *Betz*schen Zellen bei verschiedenen Geisteskranken und unterscheidet drei Gruppen. In der ersten Gruppe waren sie unverändert. Hierhin gehörten die sogenannten funktionellen Geisteskrankheiten, die keinerlei Störungen ihres motorischen Apparates zeigten (Schwachsinn, Dementia praecox, Melancholie, periodisches Irresein). Bei der zweiten Gruppe wiesen die Zellen große Veränderungen auf (Sklerose, Verlust des Kernes, der Färbbarkeit). Die Kranken dieser Gruppe hatten an motorischen Störungen gelitten (Dem. paral., Dem. sen., Dem. arteriosclerotica, tief stehende Idioten). Die dritte Gruppe zeigte neben völlig unversehrten Zellen solche mit weitgehenden Veränderungen. Es waren Kranke, bei denen die Lähmung erst begonnen hatte (Dem. paral., praecox, sen.). Demnach finden sich bei manchen Geisteskrankheiten eng verknüpft mit den motorischen Störungen gewisse Veränderungen in den *Betz*schen Zellen. (*Ganter.*)

Todde (366) bestimmte Gewicht und Volumen und untersuchte histologisch die Hoden von Geisteskranken und Gesunden. Gewicht und Volumen fanden sich bei Geisteskranken fast immer unter der Norm (unter Berücksichtigung des Alters), so besonders bei der Paralyse, Epilepsie, Idiotie, Dementia praecox und dem Alkoholismus. Ebenso verhielt es sich mit der Produktion der Samenzellen. (*Ganter.*)

IV. Therapie.

Becker (23) gibt in seinem Buche eine zusammenfassende, übersichtliche Darstellung der Therapie der Geisteskrankheiten. Er bespricht kritisch die gebräuchlichsten physikalischen und chemischen Beruhigungsmittel, die spezifisch wirkenden Medikamente und erläutert auch die chirurgische, diätetische und psychische

Behandlung. Der Therapie einzelner häufig wiederkehrender Krankheitssymptome, wie Nahrungsverweigerung u. dgl. ist ein besonderes Kapitel gewidmet. Als Anhang wird eine kurze Einführung in die psychiatrische Krankheitsklassifizierung gegeben. Ein ausführliches Register ermöglicht rasche Orientierung in dem anregend geschriebenen Buche.

Pilcz (284) berichtet über die Erfolge der Hirnchirurgie bei Tumoren, Morbus Basedowii, bei traumatischer, symptomatischer Epilepsie und bei Trigeminusneuralgie; er macht auf die diagnostische und therapeutische Bedeutung der Lumbalpunktion aufmerksam, und wendet sich dann der medikamentösen Behandlung und den physikalischen Heilmethoden zu. Die günstigen Erfolge des künstlichen Fiebers mittels Tuberkulininjektionen bei Paralyse (nach *v. Wagner*) werden besonders hervorgehoben. Verf. schildert das Verfahren und bemerkt dazu, daß er damit auch in einem Fall von veralteter, stationärer Dementia praecox Erfolg gehabt hat.

Siebert (328) kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schluß, daß gelegentlich zu Psychosen hinzutretende Eiterprozesse den Verlauf derselben günstig beeinflussen. Die durch künstliches oder natürliches Fieber bedingten Heilerfolge bei Psychosen beruhen auf der den Fieberprozeß begleitenden Leukozytose. Fälle von progressiver Paralyse, besonders im Initialstadium, geben bei der Behandlung mit künstlichem Fieber, speziell mit Tuberkulinfieber, eine verhältnismäßig günstige Prognose, indem die Krankheit tiefe Remissionen macht oder stationär wird. Die Erfahrungen über den Einfluß des Fiebers auf einfache Seelenstörungen lehren, daß die Psychosen, die mit motorischer Unruhe einhergehen, beeinflußbar sind.

Die Ausführungen *Bresgens* (50) über die ärztliche Beeinflussung sind recht beachtenswert. Sie bringen allerlei Hinweise auf Einzelheiten der ärztlichen Hodegetik, die für unsere heutige, so materialistisch-spezialistische ärztliche Welt vielleicht von Interesse sind. Seine Vorschläge und Ratschläge sind von einem warmen Herzen für das Wohl der Kranken diktiert.

Rehm (294) gibt eine kurze, für den praktischen Arzt bestimmte Abhandlung über die Behandlung Geisteskranker, in der Einrichtung und Art der Krankenbehandlung in den öffentlichen Anstalten besprochen werden.

Moll (246) kritisiert verschiedene Behandlungsweisen sexueller Perversionen: Hypnose, Psychoanalyse, Kastration usw. Auch der therapeutischen Bedeutung der Psychoanalyse steht Verf. skeptisch gegenüber und empfiehlt vor allem die Assoziationstherapie. Sie besteht in der richtigen Leitung des Vorstellungslebens, in der methodischen Ausbildung der normalen und in der methodischen Unterdrückung der perversen Assoziationen.

Jones (172) vertritt *Freud*sche Anschauungen. (*Ganter.*)

Schultze (347) fordert Einführung regelmäßiger Genitaldiagnose und entsprechende Therapie bei weiblichen Geisteskranken. Er hat schon vor 31 Jahren auf den Zusammenhang psychischer Erkrankung mit gynäkologischen Leiden aufmerksam gemacht und gefordert, in jeder Irrenanstalt solle ein Assistent ein fertiger Gynäkologe sein, um den psychisch erkrankten Frauen auch gynäkologische Hilfe bringen zu können. *Bossis* Arbeit über Genesung von psychischer Krankheit



nach operativer Beseitigung uteriner Leiden (Zentralbl. f. Gynäkologie, 35. Jahrg., Nr. 36) hat *Schultze* angeregt, auf obige Forderungen zurückzukommen.

Collins (67), Gynäkologe, berichtet über größere und kleinere Operationen, die einen günstigen Einfluß auf den Ablauf der Geisteskrankheiten hatten. (*Ganter.*)

Raw (292) fand in 6 Jahren unter 31 Fällen von puerperaler Septizämie nur 3, die die Aufnahme in die Irrenanstalt nötig machten. Die Behandlung mit Antistreptokokkenserum wirkte auf den körperlichen Zustand günstig, während sie den Lauf der Geisteskrankheit unbeeinflußt ließ. (*Ganter.*)

Diehl (81) weist auf den Mißbrauch hin, der vielfach mit Verdauungsbeförderungsmitteln, mit Beruhigungs- und Schlafmitteln getrieben wird und berichtet dann über seine Erfahrungen mit Bromsalzen, Arsenpräparaten, Veronal, Aspirin usw. und gibt dabei beachtenswerte Winke für ihre Anwendungsweise.

Curschmann (70) macht darauf aufmerksam, daß die therapeutische Bedeutung der Lumbalpunktion vielfach noch unterschätzt wird, während ihr diagnostischer Wert außer allem Zweifel steht. Nach kurzer Beschreibung der Technik geht der Autor ausführlich auf ihre therapeutische Bedeutung besonders bei allen Meningitisformen ein und wünscht, daß die Indikationen der *Quincke*schen Punktion sich auch für den Praktiker erweitern und auch für diesen zum selbstverständlichen therapeutischen Rüstzeug werden möge wie die Punktion der Pleura und Bauchhöhle.

Fitzgerald (102) gibt eine Übersicht über die serodiagnostischen und serotherapeutischen Methoden in ihrer Anwendung bei Geisteskranken. (*Ganter.*)

Bürgis (53) Untersuchungen über die Wirkung von Arzneigemischen haben auch für die Praxis beachtenswerte Resultate ergeben. Die Versuche mit Narkotikakombinationen zeigen, daß Kombinationen, deren Komponenten aus verschiedenen pharmakologischen Gruppen stammen, zur Wirkungspotenzierung führen; stammen dagegen die Komponenten aus ein und derselben Gruppe, so erhält man nur eine Addition der Einzelwirkungen. Der Autor stellt folgende Regel auf: „Ein Gemisch von zwei Narkotika verursacht immer dann einen Effekt der über dem Additionsergebnis liegt, wenn seine zwei Glieder verschiedene pharmakologische Angriffspunkte haben; bei gleichem Angriffspunkt der zwei Komponenten erzielt die Kombination nur ein Additionsergebnis."

Becker (24) hat mit der Kombination von Hyoszin-Morphin und Paraldehyd bei Erregungs- und Schlaflosigkeitszuständen in Fällen von Dementia praecox, seniler und arteriosklerotischer Demenz guten Erfolg gehabt; er gibt dabei bis zu 10.0 Paraldehyd.

Reiß (299) empfiehlt auf Grund seiner Versuche das von den Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer u. Co. in den Handel gebrachte Adalin (Bromdiaethylkarbamid) als mittelstarkes, prompt wirkendes Hypnotikum und Sedativum bei Geisteskranken, besonders bei Fällen von seniler Demenz und epileptischer Seelenstörung. Einzeldosis 0,5—1,0 mehrmals täglich, bei schweren Erregungszuständen bis zu 2.0 pro Dosis. Unangenehme Neben- oder Nachwirkungen hat er nicht beobachtet.



Scheidemantel (340) empfiehlt Adalin bei Zuständen, in denen die Zufuhr von Brom mit einer kräftigeren, beruhigenden Wirkung vereinigt und nicht von vornherein zu den starken Schlafmitteln gegriffen werden soll. „Vermöge seiner Mittelstellung zwischen der Gruppe der einfachen Sedativa und der reinen Hypnotika ist die Bedeutung dieser neuen chemischen Komposition um so beachtenswerter, als unser moderner Arzneischatz an ähnlich mittelstark wirkenden Präparaten nicht sehr reich ist."

Pelz (274) bezeichnet Adalin in Dosen von 0,25—0,5 g als ein brauchbares Sedativum, in Dosen von 0,5—1,0 g als ein vorzügliches unschädliches Hypnotikum; seine Vorzüge sind Unschädlichkeit, ideale Bekömmlichkeit trotz geringer Löslichkeit, relative Geschmacklosigkeit und Sicherheit der Wirkung. Die rasche Gewöhnung stört aber, wo, wie bei Epilepsie usw., eine Dauerwirkung erzielt werden soll; hier scheint es nicht verwendbar.

König (190) hat gefunden, daß Adalin bei depressiv erregten Kranken (abgesehen von den stark halluzinatorisch beeinflußten) ganz außerordentlich günstig wirkt, während es bei Kranken mit entgegengesetztem Affekt, bei Manischen, auch in großen Dosen völlig wirkungslos bleibt.

Kempner (183) verwendet Adalin als Schlafmittel nur, wenn es sich um Schlaflosigkeit bei Neurasthenie oder Hysterie, im Alter oder aus Gründen gesteigerter Affekterregbarkeit handelt. Bei Chorea hat er keine günstigen Erfolge gesehen. Auch er lobt die rasche Wirkung, das Ausbleiben kumulativer Wirkung und das Fehlen unliebsamer Nebenerscheinungen.

Kalischer (180) hat Adalin bei Hysterie, Neurasthenie, Angstzuständen, Zwangsneurosen, Depressionszuständen, leichten Erregungszuständen und Epilepsie angewandt. Als Sedativum zieht er Adalin dem Kodeïn und narkotischen Mitteln vor, weil es harmloser ist und keine verstopfende oder betäubende Wirkung hat. Als Schlafmittel hat es sich vor allem dort bewährt, wo das Einschlafen durch starke Abspannung, Überreizung, Gemütserregungen erschwert war. Auch bei Krampfzuständen auf hysterischer und affektiver Basis wirkte das Mittel günstig, während es bei Epilepsie wohl die Unruhe verringerte, den Schlaf verbesserte, aber die Anfälle unbeeinflußt ließ. Bei Geisteskranken hat der Autor von der gleichzeitigen Darreichung von Adalin und Paraldehyd gute Erfolge gesehen.

Jennicke (163) teilt mit, daß er bei leichten bis mittelschweren Erregungszuständen, ängstlicher Ratlosigkeit, mäßiger manischer Erregung, leichter motorischer Unruhe Adalin mit zufriedenstellendem Erfolg angewandt hat. Bei allen schweren Erregungszuständen war das Mittel wirkungslos. Sinnestäuschungen, heftige halluzinatorische Erregungszustände blieben dadurch unbeeinflußt.

Hirschfeld (148) hat Adalin bei 43 Fällen seiner Praxis angewandt; er lobt es als ein prompt wirkendes, in Dosen von 3 × täglich 0,5 g dem Bromkali überlegenes Mittel.

Hennes (141) nennt Adalin ein Medikament, welches eine Mittelstellung zwischen Sedativis und Hypnotizis einnimmt. Je nach Dosierung und Art der Darreichung tritt bald mehr die sedative, bald mehr die hypnotische Eigenschaft hervor. Die Wirkung tritt schnell ein, ist genügend zuverlässig und gleichmäßig



und hält nach Aussetzen des Mittels nicht übermäßig lange an. Infolge seiner Geruch- und Geschmacklosigkeit wird es gern genommen; es ist frei von üblen Nebenwirkungen und kann auch bei Herzleiden und andern komplizierenden Krankheiten ohne wesentliche Gefahr gegeben werden.

Froehlich (110) hat mit Adalin ebenfalls gute Erfolge erzielt. Zur Erzielung hypnotischer Wirkung gibt er zwei Tabletten à 0,5 g mit warmer Flüssigkeit; handelt es sich um sedativen Effekt, so gibt er 2—3 mal täglich je eine Tablette mit kaltem Wasser. Auch *Fr.* bestätigt die Ungefährlichkeit des Mittels.

Beyerhaus (29) empfiehlt das Adalin als zuverlässiges, unschädliches Hypnotikum und Sedativum; es ist dem Veronal und Medinal gleichwertig.

Tomaschny (367) sieht im Pantopon eine willkommene Bereicherung unseres Arzneischatzes, er hat es als ein brauchbares Mittel zur Bekämpfung von leichten motorischen Erregungen und von Angstzuständen schätzen gelernt. Die Möglichkeit seiner subkutanen Anwendung ist ein großer Vorzug.

Dornblüth (84) hat Pantopon bei Morphiumentziehung gute Dienste getan. „Bei Gewöhnung an große Morphiumgaben läßt sich das Morphium ohne Schwierigkeiten sofort durch große Gaben Pantopon, subkutan und innerlich angewendet, ersetzen, die ihrerseits leicht und in kurzer Zeit entzogen werden können, ohne daß wieder ein Verlangen nach Morphium auftritt.“

Haymann (137) ergänzt auf Grund neuerer Beobachtungen sein bisheriges Urteil über Pantopon (Münchener med. Wochenschr. 1910, Nr. 43). Er hat dabei gelegentlich Schwindel, Erregungszustände, Halluzinationen und einmal einen epileptiformen Anfall gesehen; auch war eine gewisse Angewöhnung unverkennbar. Der Autor will mit diesen Feststellungen die guten Eigenschaften des Pantopons nicht beeinträchtigen, sondern nur die Erwartungen auf das rechte Maß einstellen; er will das Pantopon in seinem Arzneischatz nicht missen.

Huber (152) empfiehlt Aponal (Amylenkarbonat) als brauchbares, ziemlich schnell wirkendes Schlafmittel in leichteren Fällen von Agrypnie bei Nervosität, Übermüdung, Aufregung usw. Die schlafmachende Dosis beträgt 1,0—1,5—2,0. Das Präparat schmeckt angenehm und hinterläßt keinerlei Nachwirkung über den Schlaf hinaus.

Faivre (98) empfiehlt „Veronidia“ (Diäthylmalonylharnstoff gelöst in verschiedenen sedativ und antispasmodisch wirkenden Pflanzensäften) als gutes Schlafmittel; auch bei einer Entziehungskur bei einem Heroinomanen hat es sich bewährt.

(*Ganter.*)

Moerchen (244) empfiehlt eine neue Tablettenform, sog. Gelonidatabletten, wegen ihrer leichten Zerfallbarkeit und raschen Resorption; sie belästigen niemals den Magen.

Rieger (304) liefert einen Beitrag zur Ungiftigkeit des Bromurals: eine 54jährige Frau hatte in suizidaler Absicht 12 Bromuraltabletten genommen; nach 9 Stunden guten Schlafs erwachte sie beschwerdefrei ohne toxische Erscheinungen.

Maier (223) beschreibt einen Fall von Paraldehydvergiftung nach 10—12 g Paraldehyd. Dazu bemerkt *Loewenstein* (212), daß in der Anstaltspraxis Einzeldosen von 10—12—15 g Paraldehyd bei aufgeregten Patienten zu den täglichen



Verordnungen gehören. „Hätte man den jungen Mann ruhig ausschla[illegible] so würde er sich darnach ebenso wohl gefühlt haben, wie nach erfolgte[illegible] behandlung."

Über gute Erfahrungen mit der intravenösen oder subkutanen Er[illegible] mittels Traubenzuckers berichtet *Kausch* (181). Es wird empfohlen, mit 2pro[illegible] Lösung bei subkutaner und mit 5—7 prozentiger bei intravenöser Anw[illegible] zu beginnen. Unangenehme Nebenwirkungen werden nicht beobachtet; je [illegible] die Ernährung darniederliegt, desto mehr Zucker wird von dem Individuum [illegible] tragen. Im Urin erscheinen stets nur wenige Prozent der eingegebenen [illegible] mengen.

Emanuel (90) verhindert das Erbrechen bei der Sondenernährung da[illegible] daß er nach Einführung der Sonde durch die Nase die Lippengegend oder die [illegible] der Nasolabialfalte mit einem mittelstarken bis starken faradischen Strom in [illegible] Abständen reizt. Dadurch kommt es zur Kontraktion der betreffenden M[illegible] der Mund wird krampfhaft geschlossen und die Würgebewegungen hören [illegible] Verhindert starkes Würgen schon die Einführung der Sonde, so beginnt E[illegible] mit der faradischen Reizung vorher.

---

4. Idiotie, Imbezillität, Debilität, Psychopath[illegible]

Ref. H. Vogt-Wiesbaden und F. Schob-Dresde[illegible]

1. *Abramowsky*, Berichte über Schwachsinnigenfürsorge in [illegible] land. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl[illegible] Schwachsinns Bd. V. (S. 155*.)
2. *Altschul*, *Th.*, Geistige Ermüdung der Schuljugend. Ztsc[illegible] Hygiene Bd. 69. (S. 145*.)
3. *Altschul*, Pädagogische Pathologie (Über Kinderfehler). [illegible] Verlag des Vereins zur Verbreitung gemeinnütziger K[illegible] nisse. (S. 145*.)
4. *Anderl*, Beitrag zur Behandlung des Kretinismus. Inaug.-[illegible] München.
5. L'assistance des enfants anormaux en Allemagne. L'Assis[illegible]
6. *Bahrmann*, Über erfolgreiche Anwendung von Hypophysisp[illegible] raten. Med. Klin. 1911. (S. 151*.)
7. *Barr*, Some causes of the increase of feeble-mindedness. [illegible] alien. and neurol. vol. 32, Ref.: Ztschr. f. d. gesamte N[illegible] u. Psych. Ref. III.



. *Bayerthal*, Über den gegenwärtigen Stand meiner Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Kopfgröße und Intelligenz im schulpflichtigen Alter. Internal. Arch. f. Schulhygiene. (S. 145*.)

. *Beaussart*, Dégnérés, débiles moraux et délirants difficiles. Arch. d'anthropol. crimin. Ref. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref. III. (S. 156*.)

. *v. Bechterew*, Recherches objectives sur l'évolution du dessin chez l'enfant. Journ. de psychol.

. *Berkhahn*, Über talentierte Schwachsinnige. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. V. (S. 146*.)

. *Bernardi*, Un caso di cretinismo sporadico. Annal. di freniatr.

. *Brückner* u. *Clemenz*, Über Idiotie und Syphilis. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandlg. d. jugendl. Schwachsinns Bd. V. (S. 152*.)

. *Büttner*, Fürsorgebestrebungen in der Hilfsschule. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandlg. d. jugendl. Schwachsinns Bd. V. (S. 154*.)

. *Bullard*, Mongolian idiocy. Boston med. and surg. journ. Ref. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. III. (S. 149*.)

. *Chislett*, Syphilis and congenital mental defect. The journ. of ment. science vol. 57. Ref. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. III. (S. 152*.)

. *Cramer*, Pubertät und Schule. II. Aufl. Leipzig u. Berlin 1911, B. G. Teubner.

. *Decroly*, Le diagnostic entre la démence et l'idiotie. Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique. (S. 144*.)

. *Deroubaix*, Définition de la démence. Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique. Ref. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. III.

. *Deroubaix*, L'hémiplégie infantile, ses rapports avec l'épilepsie et l'idiotie. Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique. (S. 148*.)

. *Ducosté*, Le crétinisme. Revue de psych.

. *Ducosté*, Statistique des crétins du département de la Savoie. Revue de psychiatr. (S. 149*.)



23. *Dutoit*, Die familiäre amaurotische Idiotie. Sammelref. Me Klin. (S. 151*.)
24. *Eichler*, Drei Fälle von progressiver Myoklonus-Epilepsie (Unverrichtscher Typus). Inaug.-Diss. Leipzig.
25. *Flinker*, Über Körperproportionen der Kretinen. Wien. kl Wschr. (S. 149*.)
26. *Flinker*, Über Kretinismus unter den Juden. Wien. klin. Wschr. (S. 150*.)
27. *Flinker*, Zur Frage der Kontaktinfektion des Kretinismus. Wien. klin. Wschr. (S. 150*.)
28. *Flinker*, Zur Pathogenese des Kretinismus. Wien. klin. Wschr. (S. 150*.)
29. *Frati*, Di due fossette occipitali con corrispondente ipertrofia tonsille cerebellari in un idiotia. Annal. di freniatr. vol.
30. *Geist*, Ein Fall von halbseitiger Unterentwicklung. Neurol. Zentralbl.
31. *Gigon*, Der Stoffwechsel bei Myxödem. Med. Klin. (S. 1
32. *Glüh*, Über Hydrozephalie. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachs. Bd. V. (S. 148*.)
33. *Guiraud*, Les invalides moraux. Annal. méd.-psychol.
34. *Hauptmann*, Serologische Untersuchungen von Familien syphilogener Nervenkranker. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. VII. (S. 153*.)
35. *Hermann*, Grundlagen für das Verständnis krankhafter Seelenzustände (psychopathischer Minderwertigkeiten) beim Kinde in 30 Vorlesungen. II. Aufl. Langensalza, Hermann Beyer u. Söhne.
36. *Hermann*, Über Schwachsinn und seelische Minderwertigkeiten, ihre Bedeutung für Schule und Erziehung. Intern. Arch. f. Schulhygiene. (S. 143*.)
37. *Heymann*, Neuere Arbeiten über Geisteskrankheiten bei Kindern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref. III. (S.
38. *Higier*, Tay-Sachssche familiäre amaurotische Idiotie und epileptische Krämpfe. Neurol. Zentralbl. (S. 151*.)
39. *Hintze*, Über mongoloide Idiotie. Inaug.-Diss. Leipzig.
40. *Hochsinger*, Fazialisphänomen und jugendliche Neuropathie. Wien. klin. Wschr.



1. *Hoestermann*, Zerebrale Lähmung bei intakter Pyramidenbahn. Arch. f. Psych. Bd. 49. (S. 148*.)

2. *Kahn*, Einige Beobachtungen über Farbenunterscheidung bei Kindern. Inaug.-Diss. München. (S. 145*.)

2a. *Kastschenko*, Sammlung spezieller Lehrmittel zum formellen Unterricht geistig defekter Kinder (russisch). Moskau 1912.

3. *Keller*, Livo-Maend. Nyt Tidsskr. for Abnormvaesenet Jahrg. 14.

3a. *Kluge*, Über die vom psychiatrischen Standpunkt aus zu erfolgende Behandlung der schwer erziehbaren Fürsorgezöglinge. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. IV. (S. 156*.)

4. *Koenigstein*, Parasyphilitische Erkrankungen im Kindesalter. Wien. klin. Rdsch.

5. *Koller*, Die Zählung der geistig gebrechlichen Kinder des schulpflichtigen Alters im Kanton Appenzell A. Rh. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandlg. d. jugendl. Schwachsinns Bd. IV. (S. 146*.)

6. *Kröber*, Beitrag zur Frage des ursächlichen Zusammenhangs der Syphilis mit der Idiotie, Med. Klin. (S. 151*.)

7. *Kryzan*, Über den anatomischen Befund in einem Falle von mikrozephaler Idiotie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XXX. (S. 147*.)

8. *Kutschera*, Der endemische Kretinismus, seine Ursachen und seine Behandlung. Das österr. Sanitätswesen.

9. *Levi*, Contribution à la reconnaissance de la microsomie essentielle hérédofamiliale. Distinction de cette forme clinique d'avec les nanismes, les infantilismes et les formes mixtes de ces différentes dystrophies. Nouv. iconograph. de la Salpêtrière. Ref. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref. III. (S. 146*.)

0. *MacCall*, Kongenitale Aphasie bei Kindern. Brit. med. journ. Ref. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref. III. (S. 152*.)

1. *Major*, Psychasthenia im Kindesalter. Klin. f. psych. u. nervöse Krankh. Bd. VI.

2. *Major*, Die Ideenassoziation der angeborenen Defektpsychosen. Prager med. Wschr. (S. 144*.)

3. *Masuda*, Hirnmißbildungen von menschlichen Föten nebst Bemerkungen über die Genese der Gehirnbrüche und der Spalt-

bildungen am Hirn und Schädel. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XXX. (S. 147*.)
54. *Mönkemöller*, Bericht an das Landesdirektorium der Provinz Hannover über die Ergebnisse der psychiatrisch-neurologischen Untersuchung der schulpflichtigen Fürsorgezöglinge der Provinz Hannover. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandlg. des jugendl. Schwachs. Bd. IV. (S. 155*.)
55. *Müller* (Dösen), Zur Ökonomie des Lernens bei geistesschwachen Personen. Klin. f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. VI. (S. 145*.)
56. *Müller-Schürch* (Zürich), Neuere Gesetze in der Schweiz in ihrer Bedeutung für die Fürsorge. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandlg. des jugendl. Schwachs. Bd. V. (S. 155*.)
57. *Nieuwenhuijse*, Zur Kenntnis der tuberösen Sklerose. Neurolog. Bladen. (S. 157*.)
58. *Oebbecke*, X. Jahresbericht über den schulärztlichen Überwachungsdienst zu Breslau. (S. 155*.)
59. *Ordahl*, Conscionsness in relation to learning. The americ. journ. of psychol. vol. 22.
60. *Paul-Boncour*, La valeur du traitement médico-pédagogique dans la cure des anomalies morales. Le progrès méd.
61. *Plaut* u. *Göring*, Untersuchungen an Kindern und Ehegatten von Paralytikern. Münch. med. Wschr. (S. 152*.)
62. *Raecke*, Über den kindlichen Schwachsinn, seine Symptomatologie, Diagnose u. Therapie. Deutsche med. Wschr. (S. 144*.)
63. *Rehm*, Mongoloide Idiotie. Fortschr. d. Med. (S. 149*.)
64. *Reye*, Untersuchungen über die klinische Bedeutung der scapula scaphoidea. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandlg. d. jugendl. Schwachs. Bd. V. (S. 154*.)
65. *Rohlena*, Die Schwachsinnigenfürsorge in England. Eos Jahrg. VII. (S. 155*.)
66. *Rosanoff*, The prevention on insanity: Hygiene of the mind. Med. Record. Ref. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. III. (S. 154*.)
67. *Saenger*, Forme fruste des Myxödems. Med. Klin. (S. 150*.)
68. *Schenker*, Die Fürsorge für die Geistesschwachen in den Ver. Staaten von Amerika. Eos Jahrg. VIII. (S. 154*.)
69. *Schnitzer*, Die soziale Bedeutung der geistigen Schwächezustände.



Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachs. Bd. V. (S. 144*.)

70. *Schnitzer*, Bericht an den Herrn Landeshauptmann der Provinz Pommern über das Ergebnis der psychiatrisch-neurologischen Untersuchung der Fürsorgezöglinge in den Erziehungsanstalten Züllichow, Warsow und Magdalenenstift bei Stettin. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachs. Bd. V. (S. 155*.)

71. *Schlieps*, Wandertrieb psychopathischer Knaben und Mädchen. Mtschr. f. Kinderheilk. Bd. X. (S. 151*.)

72. *Schönfeld*, Ein Beitrag zum Mongolismus. Wien. med. Wschr.

73. *Scholz*, Anomale Kinder. Berlin, S. Karger. (S. 143*.)

74. *Schubart*, Krankhafte Charakterfehler bei Kindern. Ztschr. f. d. Behandlung Schwachsinniger Jahrg. XXXI. (S. 143*.)

75. *Seige*, Wandertrieb bei psychopathischen Kindern. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandlg. d. jugendl. Schwachs. Bd. IV. (S. 152*.)

76. *Shufeldt*, The need of parental enlightement in the mentality and physical organization of children. Pacif. med. journ.

77. *Steward*, On mental Inspection in schools. Journ. of ment. science. Ref. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. IV.

78. *Teske*, Ein Beitrag zur Kasuistik des kongenitalen Hydrozephalus internus. Inaug.-Diss. Kiel.

79. *Thoma*, Untersuchungen an Zwangszöglingen in Baden. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 68. (S. 155*.)

80. *Thomsen*, *Boas*, *Hjorth* u. *Leschly*, Eine Untersuchung der Schwachsinnigen, Epileptiker, Blinden und Taubstummen Dänemarks mit Wassermanns Reaktion. (S. 153*.)

81. *Thomsen*, *Boas*, *Hjorth* und *Leschly*, Wassermannsche Reaktion bei Geistesschwachen. Hospitalstid.

82. *Villiger*, Sprachentwicklung und Sprachstörungen beim Kinde. Leipzig, W. Engelmann. (S. 151*.)

83. *Vogt*, *H.*, Die angeborenen Defekte und Entwicklungsstörungen des Gehirns. Handb. d. Neurol. (S. 146*.)

84. *Vogt*, *H.*, Zerebrale Kinderlähmung. Handb. d. Neurol. (S. 147*.)



85. *Vogt, H.*, Idiotia thymica. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandlg. d. jugendl. Schwachs. (S. 150*.)
86. *Vogt, H.*, u. *Weygandt, W.*, Handbuch der Erforschung und Fürsorge des jugendlichen Schwachsinns unter Berücksichtigung der psychischen Sonderzustände im Jugendalter. H. 1. Jena, G. Fischer. (S. 142*.)
87. *Volland*, Bericht über vier Fälle von der Kombination Epilepsie-Paramyoklonus multiplex. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. VII. (S. 152*.)
88. *Weygandt*, Hirnveränderungen bei jugendlich Abnormen. Vortrag, gehalten auf dem 8. Verbandstage der Hilfsschulen Deutschlands in Lübeck vom 17.—20. April 1911.
89. *Weygandt*, Über Hirnveränderung bei Mongolismus, Kretinismus und Myxödem. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. des jugendl. Schwachs. Bd. V. (S. 149*.)
90. *Weygandt*, Jugendkunde und Schwachsinnigenfürsorge auf der internationalen Hygiene-Ausstellung Dresden 1911. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandlg. des jugendl. Schwachs. Bd. V. (S. 155*.)
91. *Ziehen*, Die Erkennung der psychopathischen Konstitutionen und die öffentliche Fürsorge für psychopathisch veranlagte Kinder. Berlin, S. Karger. (S. 144*.)

I. Allgemeines.

Noch nicht ein Jahrzehnt ist verflossen, seitdem *Weygandt* durch sein Referat auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Dresden das Interesse der deutschen Psychiater für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns, ein Gebiet, auf dem jahrzehntelang fast nur Geistliche und Pädagogen sich betätigt hatten, neu entfacht hat. Seitdem ist dies Interesse bei den deutschen Psychiatern wach geblieben; welch ungeahnten Aufschwung die wissenschaftliche Durchforschung des jugendlichen Schwachsinns in den letzten Jahren genommen hat, das zeigt die psychiatrische Literatur deutlich, die eine Fülle wertvoller Arbeiten gebracht hat. Gewiß, die Lösung so mancher Frage muß der Zukunft vorbehalten bleiben; aber es wird doch in psychiatrischen Kreisen lebhafte Genugtuung darüber herrschen, daß jetzt bereits zwei ärztliche Autoren, *Vogt* und *Weygandt* (86), es unternehmen können, in einem Handbuch der Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns das zusammenzufassen, was in den letzten Jahren geschaffen worden ist, „einen wissenschaftlichen Querschnitt durch ein in lebhafter Vorwärtsbewegung begriffenes Spezialgebiet zu geben“. Wenn die Autoren in gerechter Würdigung dessen, was andere Kreise



auf dem Gebiete geleistet haben, auch Nichtmediziner als Mitarbeiter an diesem Werk erwählt haben, so wird man dem nur beistimmen können. — Von diesem Handbuch liegt jetzt das erste Heft vor. *Weygandt* hat einen kurzen, aber reichhaltigen Abriß der Geschichte der Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns geschrieben; von *H. Vogt* stammen die Kapitel über „Ursachen des jugendlichen Schwachsinns" und „Entwicklung des Zentralnervensystems, Prinzipien des Hirnbaues, Anatomie des kindlichen Gehirns"; *Klose* hat den Beitrag „Anatomie und Psychologie des Kindes" geliefert. Eine reizvolle Darstellung der Forschungsergebnisse über „Kinderpsychologie" ist *Bühler* zu verdanken. Diese kurze Inhaltsangabe möge genügen, zu zeigen, daß die Herausgeber sich bemüht haben, das Werk auf breiter Grundlage aufzubauen.

Scholz (73) wendet sich mit seinem Werk über anomale Kinder an die Gebildeten aller Stände; man muß dem Autor die Anerkennung zollen, daß er den umfänglichen Stoff mit großer Hingabe bearbeitet und ihn so gestaltet hat, daß die klaren Ausführungen auch dem Laien das Verständnis der Abnormitäten im kindlichen Seelenleben verschaffen können. Es kann hier nur ein kurzer Überblick über den reichen Inhalt gegeben werden. Die einleitenden Kapitel befassen sich mit den Grenzen geistiger Gesundheit, wobei die Kompetenz des Psychiaters mit Recht betont wird, mit dem Problem von Anlage, Vererbung und Entartung, mit den Ursachen sowie den körperlichen Grundlagen und Begleiterscheinungen der seelischen Anomalien des Kindesalters; in den nächsten Kapiteln werden Schwachsinn, Nervosität, Hysterie und Epilepsie des Kindesalters abgehandelt; einen breiten Raum nimmt die Darstellung der Psychopathie in ihren verschiedenen Erscheinungsformen ein; gerade dieses Kapitel hätte an Durchsichtigkeit noch gewinnen können, wenn stellenweise anstatt längerer theoretischer Auseinandersetzungen eine kurze Analyse prägnanter Beispiele gegeben worden wäre. Zwei kürzere Kapitel über die Störungen in der Pubertät und den kindlichen Selbstmord, wobei der Verf. in trefflichen Worten auch dem sogenannten Schülerselbstmord gerecht wird, beschließen den klinischen Teil. Der Schlußteil ist den vorbeugenden Maßnahmen und der Behandlung der geistigen Abnormitäten des Kindesalters gewidmet.

Das vorzügliche Buch von *Hermann* (35) liegt bereits in zweiter Auflage vor; wesentliche Änderungen hat der Autor bei der Neuauflage nicht vorgenommen, es kann deshalb bezüglich des Inhaltes auf den vorigen Literaturbericht verwiesen werden. Jn ganz ähnlichen Anschauungen bewegt sich eine andere Abhandlung (36) desselben Verf. im internationalen Archiv für Schulhygiene.

Sehr klar sind die Ausführungen von *Schubart* (74) über das schwierige Problem der krankhaften Charakterfehler bei Kindern. Die psychologischen Grundlagen für die Verfehlungen sittlich schwacher Kinder sind in Ausfallserscheinungen oder in Störungen im Gebiet der Gefühls- oder Willenssphäre zu suchen. Krankhaft ist ein Charakterfehler dann, wenn er aggressiv und unbeeinflußbar ist und im Zusammenhang mit mangelhafter körperlicher oder geistiger Entwicklung oder mit Nervenkrankheiten auftritt. Er teilt die Kinder mit krankhaften Charakterfehlern in vier Gruppen ein: Gemütsstumpfe; abnorm Erregbare; Kinder



mit gestörtem Triebleben und abnormer Willensschwäche; Kinder mit Verstimmungszuständen. Die Krankengeschichten von 42 eigenen Beobachtungen sind auszugsweise wiedergegeben. Zur Behandlung ist die Errichtung heilpädagogischer Anstalten nötig.

Nach einem kurzen Hinweis auf die große soziale Bedeutung psychopathischer Zustände führt *Ziehen* (91) dem Leser in sehr klaren Schilderungen, die durch Einfügung sorgfätig ausgewählter Beispiele noch wesentlich an Anschaulichkeit gewinnen, die wesentlichsten Typen der psychopathischen Konstitution vor. Die bisherige Fürsorge für die Psychopathen ist durchaus ungenügend; in warmherzigen Worten tritt *Ziehen* für die Schaffung besonderer Erziehungsanstalten für psychopathische Kinder ein und weist überzeugend nach, daß die Errichtung solcher Anstalten für die Verhütung von Verbrechen und Geisteskrankheiten erfolgreiche Aussichten bietet.

Der Vortrag von *Raecke* (62) gibt auf engem Raum einen vorzüglichen Überblick über das Gesamtgebiet des jugendlichen Schwachsinns. Nach kurzer Skizzierung der vielgestaltigen ätiologischen Momente, die Schwachsinn hervorrufen können, folgt eine knappe, übersichtliche Darstellung aller wesentlichen körperlichen und psychischen Symptome; auch die Vergehen und Verbrechen, zu denen Schwachsinnige hauptsächlich neigen, werden gestreift. Zum Schluß werden die diagnostischen Methoden klargelegt und die Behandlung in ihren wichtigsten Aufgaben erörtert.

Unter Betonung der Notwendigkeit, das Verständnis für Schwachsinnszustände in weitere Kreise hineinzutragen, bespricht *Schnitzer* (69) die wesentlichsten sozialen und gesetzlichen Maßnahmen, die für die Verhütung des Schwachsinns nötig sind: Bekämpfung des Alkoholismus, Verbesserung der Lebenshaltung ärmerer Volksschichten, Verhinderung der Eheschließung unheilbar Geisteskranker. Die Fürsorge für die Schwachsinnigen ist weiter auszugestalten: so fordert Verf. Hilfsschulen auf dem Lande, Tagesanstalten, Fortbildungsschulen; psychiatrische Untersuchung aller Fürsorgezöglinge, weiteren Ausbau der Jugendgerichte u. a. m.

Decroly (18) zeigt, daß die bekanntesten Autoren, die sich um scharfe Abgrenzung der Begriffe Idiotie und Demenz bemüht haben, nicht zum Ziel gekommen sind. Die Begriffe Demenz und Idiotie sind nicht so scharf zu definieren, daß eine genaue Grenzlinie zwischen beiden gefunden werden könnte. *Decroly* schlägt vor, unter Idiotie Schwachsinnszustände zusammenzufassen, die im kindlichen Alter in Erscheinung treten, unter Demenz solche, die beim Erwachsenen sich entwickeln. Durch Zusätze, wie kongenital, postnatal, erworben, total, partiell, erethisch, apathisch, progressiv, stationär u. a. könnte der spezielle Charakter eines Idiotiefalles schärfer hervorgehoben werden.

Major (52) empfiehlt, die Intelligenzprüfung nicht allein auf das Schulwissen zu beschränken, sondern namentlich auch auf die Ideenassoziation auszudehnen. Mit seinen im übrigen recht anschaulichen Darstellungen der diesbezüglichen Methodik und einiger krankhafter Störungen der Assoziationstätigkeit bei Kindern bringt Verf. dem Arzt nichts Neues. Mit Recht weist *Major* darauf hin, daß die



Prüfung der Ideenassoziation geeignet ist, Anhaltspunkte dafür zu gewinnen, worauf sich die unterrichtliche Behandlung zu erstrecken hat. Nicht nur Vorstellungsunterricht, mehr noch Unterricht in der Vorstellungsverknüpfung ist nötig.

Kahn (42) hat an 15 Knaben und 15 Mädchen, normalen, schwachbegabten, psychopathischen und psychotischen Kindern, Untersuchungen über Farbenunterscheidung angestellt und zwar sowohl mit der „stummen Methode“ oder „Wiedererkennungsmethode“, wobei das Kind zu einem gegebenen Gegenstand gleichfarbige zusuchen muß, als mit der „Benennungsmethode“. Bei der stummen Methode ergab sich nur ein einziger Versager; bei der Benennungsmethode gaben drei Kinder ein völlig negatives Resultat, drei weitere konnten wohl einige Farben nennen, verwandten sie aber ganz wahllos; im übrigen zeigten sich noch einige Ausfälle namentlich in der Bezeichnung der Farben rosa, orange und lila; Farbennüancen (hell, dunkel) wurden nur von 5 Kindern richtig benannt. Verf. erkennt der Prüfung auf Farbennennung als Mittel zur Intelligenzprüfung nur relativen Wert zu.

Aus den Ergebnissen der interessanten Untersuchungen, die *H. Müller* (55) im psychologischen Laboratorium der Leipziger psychiatrischen Klinik über die Ökonomie des Lernens bei geistesschwachen Personen angestellt hat, seien nur einige wichtige Resultate hervorgehoben: Geistesschwache lernen einen neuen Lernstoff leichter geteilt, als im ganzen; sie verhalten sich hierin umgekehrt als die Geistesgesunden; in ähnlicher, aber nicht mehr so ausgesprochener Weise hat bei Geistesschwachen das Teilverfahren beim Wiedererlernen schon gelernter Stoffe den Vorzug. Vergleichung der Leistungen der einzelnen Versuchspersonen zeigte, daß das Gedächtnis dem sonstigen intellektuellen Stand nicht immer parallel geht; auch bei geistesschwachen Personen zeigte sich bald ein günstiger Einfluß von der Übung.

Eine sehr lesenswerte kritische Zusammenfassung des jetzigen Standes der Frage der geistigen Ermüdung der Schuljugend und der Ermüdungsmessungen gibt *Altschul* (2). Verf. teilt die bisher angewandten Messungsmethoden in psychologische, physiologische und biologische ein. Von den psychologischen Methoden werden vor allem folgende Verfahren besprochen: Zählen der Fehler in Diktaten (*Likorsky* u. a.), das Additions- und Multiplikationsverfahren nach *Burgerstein*, die Kombinationsmethode nach *Ebbinghaus*, die „akustische Methode“ nach *Schuyten* u. a. Von den physiologischen Methoden werden hauptsächlich die Ergographie (*Mosso*) und Ästhesiometrie (*Griesbach*) kritisch beleuchtet; mit der Ästhesiometrie hat der Verf. selbst zahlreiche Versuche unternommen, aus denen er die Überzeugung gewonnen hat, daß auch diese fein erdachte Methode nur sehr relativen Wert hat. Den biologischen Methoden gehört vielleicht die Zukunft (Feststellung der Ermüdungstoxine und -antitoxine nach *Weichardt* u. a.); doch müssen sie erst weiter ausgebaut werden. Jeder kritische Leser wird dem Verf. beistimmen, wenn er gegenüber dem Schlagwort der Überbürdung sich skeptisch verhält.

Bayerthal (8) macht weitere Mitteilungen über seine eingehenden Unter-



suchungen über die Beziehungen zwischen Kopfgröße und Intelligenz. Diese Untersuchungsergebnisse bestätigen seine früheren Schlußfolgerungen, wonach sehr gute geistige Veranlagung verhältnismäßig häufig bei großen, selten bei kleinen und niemals bei ganz kleinen Schädelumfängen von Schulkindern sich findet.

Von den gründlichen Ausführungen *Kollers* (45) seien nur einige Punkte hervorgehoben. Der Prozentsatz der geistig gebrechlichen Kinder (Schwachsinnige, Taubstumme, Epileptiker) erreicht für Appenzell die bedenklich hohe Zahl von 4,3%. Die Hauptursachen sind in Schwachsinn der Erzeuger und Alkoholismus zu suchen. Die Degeneration der Bevölkerung zeigt sich auch in den schlechten Rekrutierungsergebnissen.

Berkhan (11) stellt eine Reihe von fremden Beobachtungen über einseitige Begabung bei Schwachsinnigen zusammen; Verf. selbst hat bei einem Imbezillen eine außergewöhnliche Rechenkunst beobachten können.

Ein gutes Sammelreferat über neuere Arbeiten über Geisteskrankheiten bei Kindern gibt *Heymann* (37). Das Referat, das zur schnellen Orientierung über den jetzigen Stand dieser Fragen sehr geeignet ist, umfaßt folgende Kapitel: Ätiologie, Klinik und pathologische Anatomie der Dementia paralytica; Dementia praecox unter besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose; affektive Psychosen; Intoxikations-, Infektions- und traumatische Psychosen; die psychopathische Konstitution; ausführlich die neueren Ergebnisse der Idiotieforschung; schließlich Therapie, soziale und forensische Bedeutung.

II. Einzelne Krankheitsformen.

Spezielle Pathologie und pathologische Anatomie.

H. Vogt (83) hat für das Handbuch der Neurologie einen kurzen Abriß über die angeborenen Defekte und Entwicklungsstörungen des Gehirns geschrieben. Nach einem gedrängten Überblick über die pathologische Anatomie und die Pathogenese der Mißbildungen folgt eine Übersicht über die wichtigsten Entwicklungsstörungen, die klinisch in Betracht kommen; Verf. teilt sie ein in agenetische Zustände, die primär und sekundär sein können; frühzeitige Erkrankungen des Gehirns durch entzündliche, traumatische Vorgänge — diese beiden ersten Gruppen sind nicht scharf voneinander abgrenzbar —; Erkrankungen durch Störungen der inneren Sekretion (Kretinismus, Mongolismus, Idiotie thymica); Erkrankungen des Zentralnervensystems infolge endogen bedingter funktioneller Schwäche (z. B. amaurotische Idiotie). Die allgemeine Symptomatologie von Idiotie, Imbezillität und Debilität in psychischer und somatischer Hinsicht wird ebenfalls kurz skizziert; zum Schluß beschreibt Verf. die Krankheitsbilder der Mikrozephalie, tuberösen Sklerose, Mongolismus und den Infantilismus, der als Symptomenkomplex bei verschiedenartigen Erkrankungen (z. B. Kretinismus, Mongolismus) vorkommen kann.

Levi (49) stellt Mikrosomie, Nanismus und Infantilismus einander gegenüber: bei der Mikrosomie, die auch familiär auftreten kann, ist der Körper in allen seinen Teilen gleichmäßig im Wachstum zurückgeblieben, die gegenseitigen Proportionen entwickeln sich aber wie beim normalen Erwachsenen, auch psychisch verhalten

sich solche Individuen wie Erwachsene, deren Charaktere sie auch in körperlicher Hinsicht bieten; der Nanismus kommt bei verschiedenen Erkrankungen vor (Rhachitis, Osteomalacie, Achondroplasie u. a.), der Körper ist dabei disproportioniert; beim Infantilismus zeigen die befallenen Individuen in körperlicher wie geistiger Beziehung Eigenschaften, die einer früheren Altersstufe entsprechen, als der, auf welcher sich die Befallenen befinden.

Einen interessanten Fall von halbseitiger Unterentwicklung der gesamten linken Seite, halbseitigen Zwergwuchs, hat *Geist* (30) bei einem imbezillen Knaben beobachtet; bemerkenswert war besonders auch der Umstand, daß ein älterer, von einem anderen Vater stammender, nicht schwachsinniger Bruder ebenfalls eine geringe, aber deutliche Unterentwicklung der linken Gesichtshälfte aufwies.

Masuda (53) publiziert zwei Fälle von Hirnmißbildungen menschlicher Föten. Im ersten Fall, der aus dem 5. oder 6. Fötalmonat stammt, handelt es sich um eine unvollständige Anenzephalie (Amyelie) mit partieller Rückenspalte und Fortsetzung der Spalte nach vorn in einen teilweise zerrissenen enzephalozeleartigen Hirnbruchsack, der als birnenförmige Ausbuchtung sich hinten am Kopf ansetzte. Im zweiten Fall liegt eine Enzephalozele vor, die Entwicklung entspricht dem 4. Monat; aus der Scheitelgegend hebt sich zopfartig eine sackförmige Bildung heraus. Bei der mikroskopischen Untersuchung weist der solide Bruchinhalt graue und weiße Hirnmasse ohne Architektonik auf, bedeckt von Muskelfaser und Knochenanlage sowie von Haut. Die Bruchpforte ist durch Gewebsmassen verstopft, ein Zusammenhang von Bruchinhalt und den in ihrer Entwicklung gehemmten Gehirnmassen ist nicht nachweisbar. Wesentlich für die Erklärung der Entstehung ist der Nachweis, daß in beiden Fällen an der Außenseite des Bruchsackes eine Verwachsungsstelle (mit Amnion, Nabelschnur oder Placenta) vorhanden ist. Die Entstehung ist also wohl so zu erklären, daß das Schädeldach an der Verwachsungsstelle ausgezogen wird; der Schädelinhalt folgt; der Sack kann reißen, und es kann dabei zu einer Spaltung der bereits geschlossenen Neuralrohranlage kommen. Die Entwicklungshemmung der im Schädel verbliebenen Gehirnteile kann durch Dehnung und Zirkulationsstörungen (Stauung in der Sinusanlage) infolge der Zerrung der im Bruchsack befindlichen Hirnteile bedingt sein.

Kryzan (47) gibt die makroskopische und mikroskopische Beschreibung eines Falles von reiner Mikrozephalie. Das Gehirn der 21jähr. Patientin, die übrigens einen mikrozephalen Bruder hatte, betrug samt Stamm und Cerebellum 407 g. Es fanden sich keine Residuen pathologischer Prozesse. Die Mikrozephalie betraf hauptsächlich das Großhirn; die großen Ganglien waren im Gegensatz zu dem Hirnmantel gut entwickelt. Die Windungen zeigten verschiedene Abnormitäten hinsichtlich Verlauf und Entwicklung; die Rinde war deutlich verschmälert, die Zellenelemente waren etwas an Zahl vermindert, zeigten aber ungefähr normale Anordnung. Die Markstrahlung war besonders im Bereich der Stirnlappen faserarm und wies hier zahlreiche Heterotopien auf.

H. Vogt (84) hat für das Handbuch der Neurologie eine ausführliche Darstellung der zerebralen Kinderlähmung bearbeitet. Unter besonderer Betonung der Tatsache, daß die Grundlagen der zerebralen Kinderlähmung in ätiologischer



wie pathologisch-anatomischer Hinsicht durchaus nicht einheitlich sind, be- spricht der Verf. kritisch die vielgestaltigen endogenen, wie exogenen Faktoren, darunter besonders die entzündlichen und mechanischen, die als ätiologische Momente in Frage kommen, und ebenso die vielgestaltigen pathologischen Befunde, darunter besonders die erst in neuester Zeit nicht klargestellten Fälle, wo trotz ausgeprägter Hemiplegie Intaktsein der Pyramidenbahn gefunden wurde. Der klinische Teil umfaßt die kindlichen Hemiplegien, Paraplegien und Diplegien, die posthemiplegischen Bewegungsstörungen und andere ungewöhnliche Bewegungstypen, die Pseudobulbärparalyse, die Athétose double unter besonderer Berücksichtigung der *Lewandowsky*schen Untersuchungen, und die Übergangsformen zu anderen Erkrankungen des kindlichen Nervensystems; die letzten Kapitel sind der Diagnose, Prognose und Therapie gewidmet. Verf. weist darauf hin, daß bei der jetzt in Aufschwung begriffenen Krüppelfürsorge wohl auch nutzlose Operationen an solchen Kindern mit zerebraler Kinderlähmung ausgeführt wurden, bei denen eine solche Maßnahme infolge des tiefen Intelligenzdefektes nutzlos sei.

Die interessanten Befunde, die *Hoestermann* (41) in vier Fällen von zerebraler Lähmung bei intakter Pyramidenbahn gemacht hat, bestätigen die *Spielmeyer*schen Untersuchungsresultate. Die Ursache der Lähmung ist in solchen Fällen in einer Schädigung des Aufbaues der Zentralwindungen zu suchen; diese besteht hauptsächlich in Störungen im Aufbau der oberen Zellschichten; die großen Pyramiden, die Ursprungsstelle der Pyramidenbahn, sind erhalten. Infolge der Störungen im Rindenaufbau können den motorischen Zellen nicht mehr die Willensimpulse zufließen; es resultieren daraus die Lähmungserscheinungen, denen die Kontrakturen folgen. Da der anatomische Zusammenhang der Pyramiden und Pyramidenbahn aber gewahrt bleibt, tritt keine Degeneration der Pyramidenbahn ein. Solche Fälle sind aus entwicklungsgeschichtlichen Gründen im Kindesalter am häufigsten.

Deroubaix (20) hat sechs Fälle von infantiler Hemiplegie untersucht. Als ätiologisches Moment möchte er neben halbseitiger Gehirnatrophie, Sklerose einer Hemisphäre, Zystenbildung infolge von Blutung oder Erweichung, echter Porenzephalie im Gegensatz zu *Brissand* noch primäre Polioenzephalitis nach *Strümpell* gelten lassen. *Deroubaix* versucht auf Grund der klinischen Symptome den Herd genau zu lokalisieren und auch die Art des pathologischen Prozesses zu diagnostizieren. Die Atrophien und Kontrollturen können bei Herden, die außerhalb der Rinde sitzen, größer sein als bei Rindenherden; bei Rindenherden wird aber fast immer Epilepsie vorhanden sein, auch ist hier ein tieferer Grad von Idiotie zu erwarten.

Die Arbeit von *Glüh* (32) bringt eine Zusammenstellung über Hydrocephalus. Die Frage, ob die Lues in der Ätiologie des Hydrocephalus congenitus chronicus eine große Rolle spielt, ist noch ungeklärt; besprochen werden die Herkunft der Hydrozephalusflüssigkeit, die Verquickung des Hydrozephalus mit hypophysären Symptomen, mit Symptomen von Kleinhirntumor, die Frage der Intelligenz der Hydrozephalen. Als diagnostisches Hilfsmittel bei unklaren Fällen wird die Prüfung auf Transparenz (*Straßburger*) angeführt, die nur bei Gehirnschichtdicke unter



1 cm Erfolg verspricht; weiter werden die Entwicklung und der gegenwärtige Stand der Therapie behandelt. Am Schluß gibt der Verf. eine tabellarische Zusammenstellung der Maße der interessanten Schädelsammlung, die für die internationale Hygieneausstellung in Dresden zusammengebracht worden war.

Rehm (63) gibt einen kurzen Überblick über das Krankheitsbild der mongoloiden Idiotie und teilt drei Fälle eigener Beobachtung mit; in allen drei Fällen waren die Kinder bei der Geburt noch nicht voll entwickelt oder sehr klein; in zwei Fällen waren gehäufte Krampfanfälle beobachtet worden; der eine Pat. hat das für mongoloide Idiotie immerhin hohe Alter von 32 Jahren erreicht; ein noch höheres Alter, nämlich ein Alter von 58 Jahren, erreichte der eine der beiden Fälle von *Schönfeld*. Die Pat. litt außerdem an einer an Dementia praecox anklingenden Psychose; bemerkenswert ist, daß sie sechsmal geboren hatte. 25 Fälle von Mongolismus hat *Bullard* (15) röntgenographisch untersucht: besonders bei jungen Kindern zeigte sich die Knochenentwicklung oft verzögert; nur zweimal ließen sich vorzeitige Verknöcherungserscheinungen nachweisen. Während Schädel- und Gesichtsknochen meist keine Abweichungen erkennen ließen, bot das Gebiß fast immer Abnormitäten; die langen Röhrenknochen erschienen oft gegenüber der Norm verkürzt.

Weygandt (89) hat sich mit der Frage der pathologischen Veränderungen im Gehirn bei Mongolismus, Kretinismus und Myxödem näher befaßt. Im ersten Fall von Mongolismus zeigte das *Nissl*-bild einen ausgesprochen embryonalen Typus, etwa dem 7. Embryonalmonat entsprechend; es fanden sich sehr viele an Neuroblasten erinnernde Zellelemente; im zweiten Fall war der Befund ganz ähnlich; *Weygandt* konnte hier den schon von *Biach* erhobenen Befund zweikerniger Ganglienzellen bestätigen; im dritten Fall wies die Rinde neben ähnlichen Entwicklungshemmungen gleichzeitig Spuren destruktiver Prozesse: größere zellfreie Flächen, Vermehrung der Trabantenzellen, Kernreichtum um die Gefäße. Das mikroskopische Bild in dem Fall von Kretinismus ließ weniger Störungen in der Rindenentwicklung erkennen als Veränderungen der Zelltypen: körnig-wabige Degeneration des Zellkörpers, auffallend weit sichtbare geschlängelte Spitzenfortsätze; bei dem Myxödemfall endlich fanden sich Gefäßinfiltrate und ein wohl auf Gliawucherung zu beziehender Kernreichtum der Rinde, wabige Degeneration vieler Ganglienzellen. Die mongoloiden Gehirne weisen also zweifellos eine Hemmung der Rindenentwicklung auf der embryonalen Stufe auf; bei dem Kretinengehirn handelt es sich mehr um eine degenerative, nicht entzündliche Rindenveränderung.

Ducosté (22) hat in ministeriellem Auftrag 1908 eine Zählung der ausgesprochen kretinistischen Individuen des Departement Savoyen ausgeführt und gibt ihre Zahl auf etwa 700 an, d. i. 2,76‰ der Gesamtbevölkerung. Bei einem Vergleich mit früheren statistischen Erhebungen aus den Jahren 1846, 1848 und 1864 zeigt sich, daß der Prozentsatz an Kretinen, der von 1846—1864 von 8,1‰ auf 16‰ gestiegen war, jetzt wieder ganz erheblich gesunken ist. In vier kleinen Publikationen beschäftigt sich *Flinker* (25—28) auf Grund seiner Erfahrungen in der Bukowina mit dem Kretinismus. Um die Unterschiede der Körperproportionen (25) bei Kretinen und Normalen sinnfällig zur Darstellung zu bringen,



photographierte er Normale und Kretinen (nach dem Vorgang von *Quetelet*) auf gleiche Bildgröße. Bei Vergleichen ergibt sich, daß der Kretin sich gegenüber dem Normalen auszeichnet durch relative Größe des Kopfes, Kürze des Halses, verhältnismäßig längeren Rumpf und sehr kurze Beine, Erscheinungen, die auf ein Stehenbleiben auf einer niederen Entwicklungsstufe hinweisen. Aus Beobachtungen an kropfig und kretinisch entarteten Juden (26) geht hervor, daß der Kretinismus keine Rasse verschont; die Rasseneigentümlichkeiten gehen bei schwereren Formen des Kretinismus ganz verloren. Der endemische Charakter des Kretinismus offenbart sich darin, daß sofort in der ersten Generation der eingewanderten Juden, deren Ahnen gesund waren, Kropf, in der zweiten Kretinismus auftrat. Das Vorkommen des Kretinismus unter den eingewanderten Juden, die mit der übrigen Bevölkerung doch nie in sehr innige Berührung kommen, spricht nach *Flinker* gegen die Kontaktinfektion, wie sie *Kutschera* annimmt. Gegen die Anschaunngen *Kutscheras* wendet der Verf. sich in einer weiteren (27) Publikation; seine eigenen Beobachtungen, wo Kretinen mit ihren nächsten Angehörigen in einem Bett schliefen und doch nicht die Krankheit übertrugen, sprechen gegen die vorerwähnte Hypothese. In der vierten (28) Mitteilung bezeichnet *Flinker* den Kretinismus als ein angeborenes Leiden. Er weist auf die Tatsache hin, daß die Mütter von Kretinen auffallend oft an Kropf leiden; zwischen Kropf der Eltern und Kretinismus der Kinder muß ein ursächlicher Zusammenhang angenommen werden. Wenn man von direkter Vererbung absieht, so gibt es zwei Möglichkeiten: entweder die mit dem Kropf verbundene Schilddrüsenschädigung schädigt die Keimzelle oder die Schilddrüsenveränderung wirkt während der Schwangerschaft ungünstig auf den Fötus ein. Im Anschluß daran teilt der Verf. die Krankengeschichte eines Zwillingspaares mit: das intelligente Mädchen hatte einen kleinen Kopf, der Bruder war ein blöder Kretin. *Sänger* (67) berichtet über eine Reihe von Fällen, die er als formes frustes des Myxödems bezeichnet. An Stelle der psychischen Störungen fanden sich nur neurasthenische Beschwerden, Haut- und Schleimhautveränderungen fehlten oder waren nur angedeutet. Die Diagnose gründete sich gewöhnlich auf den Nachweis des Schilddrüsenmangels und den Erfolg der Thyreoidinmedikation. Eine entsprechende Erkrankung der Schilddrüse kann u. a. durch Lues verursacht werden. *Gigon* (31) gibt einen Überblick über die Ergebnisse von Forschungen über den Stoffwechsel bei Myxödem. Bei Schilddrüsenmangel ist der Kalorienumsatz herabgesetzt; der Eiweißstoffwechsel ist wesentlich verringert, ebenso der Wasser- und Salzstoffwechsel; der Fettstoffwechsel scheint nach gewissen, experimentell aber noch nicht sichergestellten Beobachtungen ebenfalls herabgesetzt zu sein; im Kohlehydratstoffwechsel findet sich deutliche Erhöhung der Assimilationsgrenze für Zucker; diese Erscheinung ist vielleicht dadurch zu erklären, daß der hemmende Einfluß, den die Schilddrüse normalerweise auf das Pankreas ausübt, wegfällt; dadurch tritt über die Norm erhöhte Toleranz für Kohlehydrate ein.

H. Vogt (85) hat auf experimentellem Wege im Verein mit *Klose* nachgewiesen, daß den bisher bekannten Krankheitsbildern, deren Ursache wir in Störungen der inneren Sekretion erblicken (Kretinismus, Mongolismus), als weiteres Krank-



heitsbild die Idiotie thymica anzureihen ist. Die Anregung zu der Arbeit ergab sich aus der Beobachtung, daß bei der Sektion von schwachsinnigen Kindern auffallend häufig Konsistenz der Thymus gefunden wurde; auch die weitere Beobachtung, daß es eigentümliche infantilistische Zustände mit Knochenveränderungen gibt, die nicht zum Kretinismus oder Mongolismus gerechnet werden können, drängten zur Annahme, daß vielleicht auch andere Drüsen mit innerer Sekretion für ihre Entstehung verantwortlich zu machen sind. Die Veränderungen, die bei jungen Hunden nach Thymusektomie auftraten, waren kurz zusammengefaßt folgende: Latenzstadium 1 Monat, dann 3 Monate lang zunehmende Fettleibigkeit, dann Eintritt von Kachexie, Tod etwa im 7.—9. Monat in komaähnlichem Zustand. Besonders interessieren die nervösen und psychischen Störungen: Bewegungsunsicherheit, Abstumpfung der Sensibilität, Veränderung der elektrischen Erregbarkeit ähnlich wie bei Tetanie; deutliche Zeichen psychischer Störung: die Tiere lernen nicht sich zurechtzufinden, sind stumpf, beschmutzen ihr Lager; dazu Skelettveränderungen infolge Mangel an ungelöstem Kalk. Die gesunde Gehirnentwicklung ist also mit der Thymusfunktion in engstem Zusammenhang. Wesentliche Grundlage der Störungen nach Verlust der Thymus ist wahrscheinlich Säureüberladung des Körpers (Nukleinsäure); infolgedessen ist der Anbau von Kalk im Knochen mangelhaft; das Gehirn zeigt Volumenvergrößerung, die auf die unter dem Einfluß der Säureüberladung eintretende Quellung der im Gehirn reichlich vorhandenen kolloiden Verbindungen zurückzuführen ist. *Vogt* gibt im Anschluß hieran noch die Krankengeschichte eines Patienten, bei dem die Krankheitserscheinungen auf Thymuserkrankung hindeuten.

Dr. *Bahrmann* (6) berichtet über erfolgreiche Anwendung von Hypophysispräparaten bei drei Fällen von „Entwicklungshemmungen" des Gehirns und zwei Fällen von funktioneller Nervenerkrankung; man wird solche Mitteilungen einzelner Fälle skeptisch aufnehmen.

Der Fall von tuberöser Sklerose, den *Nieuwenhuijse* (57) mitteilt, ist bemerkenswert durch den langen Krankheitsverlauf, der sich vom 2.—75. Lebensjahr erstreckte. Neben Rinden- und Ventrikeltumoren fanden sich, wie gewöhnlich, Nierentumoren, außerdem multiple symmetrische Lipome im subkutanen Gewebe der oberen Extremitäten; aus den mikroskopischen Befunden sei hervorgehoben der Nachweis ungeheurer Massen von Corpora amylacea in den Hirnrindentumoren; an den sogenannten „großen" Zellen, die Veränderungen der Ausläufer, Einlagerungen, teilweise Homogenisierung des Plasmas zeigten, konnte er deutlich den Charakter der Ganglienzellen feststellen; die meisten erschienen relativ hoch differenziert. Der Ventrikeltumor bestand fast ausschließlich aus Konkrementen, die nach Ansicht des Verf. durch unregelmäßige klumpige Ablagerungen in und an die Gefäßwandungen entstanden sind; diese Ablagerungen zeigten keine Amyloidreaktion.

Higier (38) beschreibt einen im übrigen typischen Fall von *Sachs*scher amaurotischer Idiotie, der gehäufte, zeitweise rechts überwiegende epileptische Krämpfe aufwies; die Ursache dieser Anfälle ist nach dem Verf. in einem komplizierenden Hydrozephalus mäßigen Grades zu suchen. *Dutoit* (23) bringt ein Sammelreferat



über die familiäre amaurotische Idiotie; es umfaßt Kasuistik, Ätiologie, allgemeine Symptomatologie, ophthalmoskopische Befunde — auf dieses Kapitel sei besonders hingewiesen —, mikroskopische Befunde und Systematik.

Volland (87) hat die mikroskopische Untersuchung von vier Fällen der Kombination von Epilepsie-Paramyoclonus multiplex ausführen können. In drei Fällen fand er wohl gewisse Störungen in der Rindenarchitektonik, z. B. Armut an Ganglienzellen, gehäuftes Auftreten von embryonalen Zellen usw., aber die Veränderungen erscheinen dem Verf. doch nicht charakteristisch genug, um in ihnen die Ursache der myoklonischen Erscheinungen zu suchen; regelmäßig dagegen konnte er, und zwar an Intensität der Schwere der klinischen Erscheinungen entsprechend, im Rückenmark folgende Hauptbefunde erheben: auffallend häufig Anlagerung von Kapillaren an Ganglienzellen (ob zur besseren Ernährung oder der Resorption dienend, läßt Verf. dahingestellt), Austritt des Kernkörperchens in das Protoplasma, degenerative Erscheinungen am Kern, wie Randständigkeit, Verwaschensein der Kernmembran, stellenweise vom Kern nach der Peripherie fortschreitende Zerstörung der Tiproidkörper. Er schließt sich den Autoren an, die als Ursprungsstelle der myoklonischen Zuckungen das Rückenmark ansehen.

Seige (75) gibt einen Überblick über die Literatur des pathologischen Wandertriebes und teilt dann sieben eigene Beobachtungen mit; wie gewöhnlich, handelt es sich um Knaben. Meist kommen endogen oder exogen bedingte Verstimmungszustände als Ursache für das Weglaufen in Frage; die Fuguezustände sind für keine bestimmte Krankheit typisch; oft vergesellschaften sie sich mit ethischen oder intellektuellen Defekten; in degenerierten Familien ist der Wandertrieb nicht selten hereditär; wenn eimnal schon Wanderzustände bei einem Patienten aufgetreten sind, so genügen zur Auslösung weiterer Fuguezustände immer kleine Anlässe, schließlich erfolgt das Weglaufen gewohnheitsmäßig. Drei weitere Fäl[le] von Wandertrieb teilt *Schlieps* (71) mit; auch in seinen Fällen bestanden keiner[lei] Anhaltspunkte für Epilepsie.

MacCall (50) berichtet über zwei geistig gesunde Kinder, von denen d[as] eine an Wortblindheit, das andere an Worttaubheit litt. Im Zusammenhang hi[er]mit sei kurz das Buch von *Villiger* (82) besprochen. Das Buch ist zunächst [für] Pädagogen bestimmt, aber auch der Arzt wird sich an der Hand dieses Werkch[ens] gut über Sprachentwicklung und Sprachstörungen informieren können. Die e[in]zelnen Sprachstörungen werden kurz abgehandelt. Aphasieformen, Stotte[rn,] Stammeln, Agrammatismus, Hörstummheit und die nach Ansicht des Verf. ni[cht] seltene Wortblindheit, die übrigens auch familiär auftritt. Schließlich wer[den] Taubstummheit und Schwerhörigkeit in ihrem Einfluß auf die Sprache nä[her] beleuchtet. Die einzuschlagende Behandlung wird bei jeder einzelnen Stör[ung] näher auseinandergesetzt.

Eine Reihe von wertvollen Arbeiten nehmen wieder Stellung zur Frage [des] Zusammenhanges von Syphilis und Idiotie. Einige Autoren haben die Frage wi[e]so zu lösen versucht, daß sie die Idioten auf das Vorhandensein von *Wasserma[nn]*scher Reaktion untersucht haben. *Kröber* (46) fand positive Reaktion im [Blut] bei 21,4% von 262 männlichen, im Alter von 6—48 Jahren stehenden Idio[ten]



der Anstalt „Hephata" zu München-Gladbach. Die dänischen Ärzte *Thomsen*, *Boas*, *Hjorth* und *Leschly* (80, 81) erhielten dagegen bei Untersuchung von 2061 Schwachsinnigen verschiedenster Altersklassen nur in 1,5%, bei 259 Epileptikern nur in 0,39%, bei 146 Blinden in 0%, bei 344 Taubstummen in nicht ganz 1% positiven Ausfall der Reaktion. Von 14 Idioten, die *Chislett* (16) untersuchte, zeigten 8 positive Reaktion, darunter 2 Fälle von juveniler Paralyse. *Brückner* und *Clemenz* (13), die schon früher ähnliche Untersuchungen gemacht hatten, weisen in einer neuerlichen Veröffentlichung darauf hin, daß bei dem häufigen vorübergehenden oder dauernden Verschwinden der *Wassermann*schen Reaktion im Blute brauchbare Resultate über die Häufigkeit der Syphilis bei Schwachsinnigen nur durch möglichst frühzeitige und oft wiederholte serologische Untersuchung gewonnen werden können. Die Autoren fanden bei 138 bis zu 10 Jahr alten Patienten der Alsterdorfer Anstalten in 4,3% positiven *Wassermann*. Anders gingen *Plaut* und *Göring* (61), sowie *Hauptmann* (34) vor. Die erstgenannten Autoren stellten möglichst vielseitige Untersuchungen über die gesundheitlichen Verhältnisse der Kinder und Ehegatten von Paralytikern an, die in der Münchener Klinik aufgenommen worden waren. Untersucht wurden 146 Familienmitglieder, und zwar 46 Ehegatten und 100 Kinder von 54 Familien. Von den 244 Geburten in diesen Familien waren 20% Totgeburten oder Aborte, 26,8% der Kinder starben in frühem Alter, 53,2% waren noch am Leben. Bei 32 von den 100 Kindern fiel die *Wassermann*sche Reaktion positiv aus, ein Drittel der Kinder war also luetisch infiziert, davon 25 unter 10 Jahr. Von den Ehegatten reagierten 32,6% positiv; man muß annehmen, daß die Zahl der wirklichen Infektionen größer gewesen ist, denn die Reaktion schwindet ja wieder. Nur in 38% der untersuchten Familien reagierten sämtliche Mitglieder negativ. Die Arbeit enthält noch viele wertvolle Beobachtungen; es sei nur hier noch besonders erwähnt, daß von den 100 Kindern 45 körperlich oder geistig geschädigt erschienen; da aber 62 der Kinder unter 10 Jahr waren, besteht noch für mehrere die Gefahr einer Lues hereditaria tarda. Wo beide Eltern an syphilidogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems erkrankten, war die Nachkommenschaft besonders stark geschädigt. Die Verf. stellen die Forderung auf, daß der Arzt bei jedem Fall von Lues auf frühzeitige Untersuchung aller Familienangehörigen hinarbeiten sollte. Nicht minder interessant sind die Ergebnisse, die *Hauptmann* bei der serologischen Untersuchung von 43 Familien gewonnen hat. Es soll hier nur auf die Schlußfolgerungen näher eingegangen werden. Die serologische Untersuchung der Famlienangehörigen erschien zunächst sehr bedeutungsvoll für die Klärung einzelner Symptome, z. B. Reflexanomalien, deren Zusammenhang mit Lues unsicher war; „sie ließ die Wege der Syphilis auch dahin verfolgen, wo sie durch Anamnese und objektiven Befund nicht aufgespürt werden konnte". Besonders interessant ist die Untersuchung der Deszendenz; offenbar sind folgende Gruppen zu unterscheiden: 1. Tatsächliche Infektion, d. h. Übergang von Spirochaeten von der Mutter auf Ei oder Fötus, 2. Keimschädigung durch Toxine. Zur ersten Gruppe sind offenbar zu rechnen alle Deszendenten mit luetischen und metaluetischen Erkrankungen des Nervensystems, Deszendenten mit positivem *Wassermann*, Deszendenten mit somatischen Zeichen



der Lues hereditaria. Zur zweiten Gruppe sind wahrscheinlich solche Minder-wertige auf psychischen oder somatischem Gebiet zu zählen, die negativ reagieren. Besonders wichtig ist die Forderung, die *Hauptmann* auf Grund seiner Unter-suchungsresultate erhebt, daß man auch die Erzeuger aller Idioten, auch solche die negativ reagieren, serologisch untersuchen muß, wenn man richtig feststellen will, wieweit die Lues als ätiologischer Faktor für die Entstehung von Idiotie von Bedeutung ist.

Als Degenerationszeichen bei Deszendenten von luetisch infizierten Eltern ist die scapula scaphoidea aufgefaßt worden. Nach den Untersuchungen von *Reye* (64) ist dieses Phänomen in ganz überwiegender Mehrzahl als ein Degenerations-zeichen anzusehen, das auch oft mit anderen Degenerationszeichen vergesell-schaftet ist. In 50% der Fälle kam Lues der Erzeuger als ätiologisches Moment in Frage, nächstdem auch Alkoholismus, Tuberkulose; in seltenen Fällen kann nach Ansicht von *Reye* vielleicht auch eine in den ersten Lebensjahren akquirierte Schädigung des Organismus das Auftreten der Scapula scaphoidea bewirken.

III. Prophylaxe. Schwachsinnigenfürsorge. Fürsorgeerziehung.

In der Bekämpfung der Hauptursachen der Geisteskrankheiten: Heredität, Alkoholismus, Syphilis: sieht *Rosanoff* (66) die wichtigste Aufgabe der Prophylaxe. Er untersucht, wieweit die bisher üblichen Methoden der Bekämpfung und der gesetzgeberischen Maßnahmen von Wert sind.

Die Arbeit von *Büttner* (14) gibt einen recht guten Überblick über alle die Fürsorgemaßnahmen, die im Anschluß an das Hilfsschulwesen bereits getroffen und noch weiter zu entwickeln sind. Während der Schulzeit soll ausreichende ärztliche Behandlung, Unterbringung in besonderen Ferienkolonien, unentgeltliche Verabreichung von Mittagessen in der Schule, Freifahrt auf der Straßenbahn gewährt werden; für schwachsinnige Knaben müssen Knabenhorte eingerichtet werden, die Eltern schwachsinniger Kinder müssen auf besonderen Elternabenden aufgeklärt werden; die Schulpflicht für schwachsinnige Kinder ist bis zum 16. Lebens-jahr zu verlängern. Über die Schulzeit hinausgehende Fürsorgebestrebungen bestehen in Hilfe bei Berufswahl, Zahlung von Prämien an Lehrmeister (Sachsen, Berlin, Frankfurt), Errichtung von Arbeitskolonien bzw. -lehranstalten (Breslau, Frankfurt), von Fortbildungsschulen für Schwachsinnige, denen Haushaltungs-schulen für schwachsinnige Mädchen anzugliedern sind (Berlin, Breslau), Mit-teilung der Namen der Hilfsschüler an die Ersatzkommission, Heranziehung der Hilfsschulpersonalakten bei Vergehen ehemaliger Hilfsschüler, Aufnahme der verminderten Zurechnungsfähigkeit in das neue Strafgesetzbuch. Es empfiehlt sich die Gründung spezieller Fürsorgevereine (Berlin, Breslau, Königsberg u. a.), die in möglichst vielseitiger Weise sowohl schulpflichtige wie schulentlassene Schwachsinnige überwachen, bei schwierigen Entschlüssen beraten und in Not-fällen unterstützen.

Schenk (68) hat in Amerika Anstalten für Schwachsinnige und Hilfsschulen



besucht; nach den letzten amtlichen Ermittlungen gab es dort 28 staatliche Anstalten mit 17091 Zöglingen; in Privatanstalten waren etwa 1000 untergebracht. Der Gesamtbetrieb der Anstalten zeichnet sich durch Großzügigkeit aus; einzelne Anstalten haben besondere Psychologen angestellt. Weniger entwickelt fand *Schenk* das Hilfsschulwesen. Nach *Rohlena* (65) bestehen in England und Wales ohne Irland und Schottland 170 Hilfsschulen, davon 85 in London, mit 11 358 Kindern. Die Schulpflicht erstreckt sich bis zum 16. Lebensjahr; die Hilfsschulen erhalten Freifahrt auf der elektrischen Bahn oder werden von Gemeindedienern geleitet; eine von der Stadt bezahlte Pflegerin, inspiziert die Kinder regelmäßig. Nach *Abramowsky* (1) schlägt die kgl. englische Kommission für Schwachsinnige auf Grund eingehender Untersuchungen über die Schicksale der Schwachsinnigen und ihrer Nachkommenschaft vor, eine Zentralstelle zu schaffen, die alle Schwachsinnigen überwachen und gegen alle geistig Defekte, die außerstande sind, ihre Angelegenheiten zu besorgen oder die für die Allgemeinheit eine Gefahr, event. auch durch Fortpflanzung, zu werden drohen, vorgehen und sie eventuell in Anstalten unterbringen sollte. Für chronische, harmlose Patienten werden folgende Einrichtungen zu schaffen sein: Zwischen- und Arbeitshaushospitäler, Familienkolonien (wie *Gheel*, *Jerichow*), Unterbringung in auswärtigen Familien, Errichtung landwirtschaftlicher Kolonien.

Müller-Schürch (56) stellt neuere Gesetze in der Schweiz in ihrer Bedeutung für die Fürsorge zusammen. Nach dem neuen Zivilgesetzbuch haben die Eltern auch dem geistig-gebrechlichen Kind eine angemessene Ausbildung zu verschaffen und bei der Berufsausbildung auf die geistigen Fähigkeiten Rücksicht zu nehmen. Mit Recht bemängelt Verf., daß im Kanton Zürich in Jugendschutzfällen die Zuziehung des Arztes nicht obligatorisch ist, sondern dem Ermessen des Vormundschaftsgerichtes überlassen bleibt.

Auch in diesem Jahre liegt ein ausführlicher Bericht über den schulärztlichen Überwachungsdienst in Breslau von Stadtarzt *Oebbecke* (58) vor. Den Bericht über die Hilfsschulen erstattet Dr. *Chotzen*; die Gesamtzahl der Hilfsschülern ist von 1006 auf 1081 gestiegen. Über den Gesundheitszustand von 252 Neuaufnahmen wird ein gutes Bild gegeben. Intelligenzzustand, klinische Formen, ursächliche Verhältnisse, krankhafte Organveränderungen werden genau erörtert. Wie gewöhnlich bei Hilfsschülern findet sich Häufung von Konstitutionsanomalien, Erkrankungen der Sinnesorgane, von nervösen Störungen, Entwicklungshemmungen; fast ein Viertel der aufgenommenen Knaben wies Störungen im Descensus testiculorum auf.

Weygandt (90) gibt einen kritischen Überblick über die Stellung der gesamten Jugendkunde und -fürsorge im Rahmen der internationalen Hygieneausstellung zu Dresden.

Mönkemöller (54) hat im Anschluß an die früher publizierten Untersuchungen von Cramer die schulpflichtigen Fürsorgezöglinge der Provinz Hannover psychiatrisch untersucht; ähnliche Untersuchungen haben *Schnitzer* (70) an drei pommerschen Erziehungsanstalten, *Thoma* (79) an 620 badischen Zwangszöglingen angestellt. Bei „engster Begrenzung des Begriffes geistig defekt" fand *Mönke-*



möller 37% minderwertige Kinder, *Schnitzer* gibt den Prozentsatz auf 8% *Thoma* auf 51,9% an.

Beaussart (9) teilt den Lebensgang von 14 Insassen der Spezialabteilung für schwierige Geisteskranke der Anstalt Villejuif mit, die während ihrer Militärzeit sämtlich die Strafkompagnien in Afrika durchgemacht hatten.

Kluge (43) gibt einen Überblick über die Einrichtungen, die er an den Potsdamer Anstalten für die Behandlung schwer erziehbarer Fürsorgezöglinge geschaffen hat. Die Psychopathen sind großenteils in der Epileptikeranstalt, die Imbezillen im Wilhelmstift untergebracht: die Gesamtzahl der aufgenommenen Fürsorgezöglinge in der Zeit von 1901—1910 betrug in diesen beiden Anstalten 250; außerdem ist den Anstalten noch die Bethlehemstiftung, eine Spezial-(Zwischen-) Anstalt für 40 geistig minderwertige noch schulpflichtige Knaben angegliedert, die Bethlehemstiftung bringt außerdem Zöglinge in Familienpflege unter. 1910 standen so im ganzen 225 Fürsorgezöglinge unter Aufsicht der Potsdamer Anstalten. Vorzüglich ausgewählte Beispiele aus der eigenen Erfahrung des Verf. müssen auch dem Laien die Notwendigkeit psychiatrischer Mitarbeit, deren Methodik kurz geschildert wird, überzeugend dartun.

---

5. Funktionelle Psychosen.

Ref. Umpfenbach-Bonn.

1. *Abbot, E. St.* (Waverley), Meyers theory of the psychogenic origin of Dementia praecox. A criticism. Americ. journ. of insan. vol. 68, p. 15.
2. *Álvarez y Gómez-Salazar, R.* (Valladolid), La ciclotimia y sus relaciones con la astenia mental. Revista frenopática española Num. 103, p. 193.
3. *Alvisi e Volpi-Ghirardini*, Sulla reazione di Butenko negli alienati. Rassegna di studi psich. I, fasc. 4.
4. *Arsimoles, M.* (Paris), Des troubles gastriques au début des accès maniaco-dépressifs. Sitzungsbericht. Annal. médico-psychol. année 69, Nov.-Décembre, p. 429. (S. 177*.)
5. *Baller, Emil* (Owinsk), Spannungserscheinungen am Gefäßsystem und ihre differentialdiagnostische Verwertbarkeit für die Dementia praecox. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 68, S. 613.
6. *Ballet, G.*, La psychose hallucinatoire chronique. L'Encéphale tome 6, p. 401.



7. *Barasch*, *Hans* (Dresden), Zur Symptomatologie der chronischen Paranoia. Inaug.-Diss. Kiel.

8. *Barbé* et *Guichard*, Démence précoce ou psychose périodique. L'Encéphale tome 6, p. 365.

9. *Beaussart*, *P.*, Débilité intellectuelle et morale avec simulation surajoutée ou démence précoce? Bull. de la soc. clinique de méd. ment. tome 4, 259.

10. *Beaussart*, *P.*, Délire systématisé de persécution. Interprétations; hallucinations auditives, visuelles, psychomotrices; pseudo-hallucinations. Phénomènes autoscopiques. Bull. de la soc. clin. de méd. 4, p. 278.

11. *Becker*, *Werner* (Weilmünster), Medikamentöse Behandlung der Geisteskrankheiten. Fortsch. d. Med. Nr. 4 u. 5.

12. *Benon*, *Raoul* (Nantes), L'asthéno-manie post-apoplectique. Rév. de méd. Juillet.

13. *Benon*, *Raoul* (Nantes), Les dysthénies périodiques. (Psychose périodique ou maniaque-dépressive.) Revue neurol. 9, p. 541.

14. *Benon*, *Raoul* (Nantes), Asthéno-Manie posttraumatique. Gaz. des hôpitaux no. 97—98.

15. *Benon*, *Raoul* (Nantes), Psychose périodique circulaire et délire. Journ. de psychol. 8, p. 445.

16. *Bertschinger*, *H.* (Breitenau), Heilungsvorgänge bei Schizophrenen. Allg. Ztschr. für Psych. 68, S. 207.

17. *Betz*, *W. A.*, Die Klassifikation der funktionellen Neurosen und Psychosen nach einem natürlichen System; zugleich eine Probe zur Lösung des Degenerationsproblems. Psichiatr. en neurol. Bladen no. 15, p. 57.

18. *Begreis*, *Otto* (Kiel), Katatonie in Schüben. Inaug.-Dis. Kiel.

19. *Birnbaum*, *Karl* (Buch-Berlin), Krankhafte Eifersucht und Eifersuchtswahn. Sexualproblem 7, S. 793.

20. *Bleuler*, *E.* (Zürich), Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. (Handbuch der Psychiatrie, herausgegeben von *Aschaffenburg*). Leipzig u. Wien, Franz Deuticke. 420 S. (S. 180.*)

21. *Blumenfeld*, *Hans*, Ein atypischer Fall von manisch-depressivem Irresein. Inaug.-Diss. Heidelberg.



22. *Boidard, M.* (Blois), Stéréotypie et collectionisme chez une délirente-chronique non démente. Revue de psych. 15, p. 110.
23. *Bolte, Richard* (Bremen-Ellen), Geistesstörung bei Dercumscher Krankheit. Ärztl. Sachverst.-Zg. 17, S. 6.
24. *Bolten*, Presbyophrenie. Tijdschr. voor Geneesk. no. 15.
25. *Bonhomme* (Paris), Deux cas de délire d'interprétation à forme hypocondriaque. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. année 69, Mars-Avril, p. 304.
26. *Bornstein, Maurycy* (Warschau), Über psychotische Zustände bei Degenerierten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Originalien 7, S. 127. (S. 185*.)
27. *Bornstein, Maurycy* (Warschau), Über die Differenzialdiagnose zwischen manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Originalien, 5, S. 145. (S. 177*.)
28. *Bossi, L. M.*, Die gynäkologischen Läsionen bei der Manie des Selbstmords und die gynäkologische Prophylaxe gegen den Selbstmord des Weibes. Ztrlbl. f. Gynäkol. Nr. 36.
29. *Briand, Marcet* et *Maurice Brissot*, (Paris), Un cas de confusion mentale à évolution chronique en rapport avec l'apparition de la comète de Halley. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. année 69, Mars-Avril, p. 303.
30. *Buckley, Albert C.* (Frankford, Philadelphia), The Katatonic symptom-complex: report of a case occurring in a middle-age male. Americ. journ. of insan. 68, p. 33.
31. *Bumke, O.* (Freiburg i. Br.), Reflektorische Pupillenstarre bei Dementia praecox. Psych.-Neurol. Wschr. XII, S. 450.
32. *Butts*, Un cas de démence précoce catatonique et son importance vis-à-vis du service de la marine de guerre. Caducée XI., no. 3.
33. *Buvat, M.*, Un cas d'hallucinose chronique. L'Encéphale 6, p. 153.
34. *Capgras, J.* Écrits et poésies d'une démente précoce. L'Encéphale 6, p. 474.
35. *Capgras, J.*, Écrits d'une démente précoce. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. 69, Nov.-Décembre, p. 458.
36. *Carras*, Étude statistique sur la psychose périodique. Les rap-

ports avec la psychasthenie chronique à base d'interprétations délirantes. Thèse de Toulouse no. 921.

37. *Cascella*, Paresthes nella genesi del delir di persecur. Ann. di nevrol. 28, fasc. 5.

38. *Chaslin* et *M. d. Seglas*, Intermittence et démence précoce. Nouv. Iconogr. de la Salpêtr. 24, p. 215.

39. *Claude* (Paris) et *Lévy-Valesi*, Über den Demenz-Zustand der Dementia praecox. Sitzungsber. Neurol. Ztrlbl. 30, S. 347.

40. *Claude* (Paris) et *Lévy-Valesi*, Sur deux cas de démence précoce. Sitzungsber. Ann. méd.-psychol. 69, Mars-Avril, p. 306.

41. *Constantini, F.*, Nuovo contributo allo studio clinico della „dementia praecocissima". Riv. sperim. di frenatr. 37, p. 305.

42. *Damaye, H.* (Bailleul), Confusion mentale avec idées délirantes polymorphes à evolution démentielle. Installation lente du syndrôme paralyse général. Autopsie. Revue de psychol. 12, no. 12.

43. *Damaye, H.* (Bailleul), Étude anatomo-clinique d'un cas de psychose toxi-tuberculeuse à la période confusionelle. Rev. de psych. 15, p. 24.

44. *Damaye, H.* (Bailleul), Melancolie confusionelle toxi-tuberculeuse avec anxiété et idées de négation, disparation des idées délirantes parallélement à la guérison de la tuberculose. Rev. de psych. 15. Avril. p. 156. (S. 185*.)

45. *Damaye, H.* (Bailleul), La confusion mentale et ses associations. Ann. méd.-psychol. 69, September-Octob., p. 251.

46. *Damaye, Henri*, et *Desruelles, M.* (Bailleul) Excitation maniaque chez unc déséquilibrée tuberculeuse. L'Echo méd. du Nord 7 Mai, 1911.

47. *Dautheville*, Le „cafard" ou la psychose des pays chauds. Arch. d'Autropol. crim. 26, p. 5.

48. *Davidenkow, S.*, Syndrôme catatonique nettement amélioré à la suite d'une strumectomie. L'Encéphale 6, p. 97.

49. *Davidenkow, S.*, Über den Einfluß der partiellen Strumektomie auf psychomotorische katatonische Erscheinungen. Psych. d. Gegenw. (russisch) 5, S. 51.

50. *Davidenkow, S. N.*, Zur Frage der Echolalie. Sowremennoja psych. (russisch) 1911, p. 11. (S. 185*.)



51. *Delmas*, *M.* Accès subintrants de confusion mentale au cours d'un goitre exophtalmique. Hemithyreoïdectomie. Guérison des troubles mentaux. L'Encéphale 5, p. 415.

52. *Delvaux* et *Logre*, Amnésie et fabulation. Étude du syndrome presbyophrénique. Nouv. Icon. de la salpêtr. no. 1.

53. *Devine*, *Henry* (Wakefield), The Pathogenesis of a Delusion. The journ. of ment. science no. 238, p. 458.

54. *Dide* (Paris), Sur la psychose hallucinatoire chronique. Sitzungsbericht. Ann. méd.-psychol. 69, Mars-Avril, p. 307.

55. *Dide* (Paris), Sur la folie maniaque-dépressive. Sitzungsbericht. Ann. méd.-psychol. 69, Mars-Avril, p. 308.

56. *Dreyfus*, *Georges*, *L.* (Frankfurt a. M.), Über die Bedeutung der Ätiologie bei der Beurteilung leichter Depressionszustände. Münch. med. Wschr. Jahrg. 58, S. 1063.

57. *Dröder*, Die Katatonie des Greisenalters. Inaug.-Diss. Kiel 1910.

58. *Dromard*, *G.*, Le délire d'interprétation. Journ. de Psychol. norm. et pathol. 8, p. 289—406.

59. *Dromard*, *G.* et *Senges*, Maigreur pathologique chez un aliéné hypochondriaque. L'Encéphale VI, no. 1.

60. *Dumas*, *G.*, Epidémies mentales et folies collectives. Rev. philos. IV, p. 384.

61. *Dumas*, *G.*, et *Delmas*, *M.*, Psychose confusionelle par émotion-choc. Sitzungsber. Ann. méd.-psychol. 69, Mai-Juin, p. 494.

62. *Dumas*, *G.*, et *Delmas*, *M.*, Psychose confusionelle par émotion-choc. L'Encéphale 6, p. 270.

63. *Dupouy*, *Roger* (Paris), Récidives éloignées de la manie et de la mélancolie. Sitzungsber. Ann. méd.-psychol. 69, Sept.-Octob., p. 310.

64. *Dupré*, *E.* et *Delvaux*, Mélanc. du peintre van de Goes. Nouv. Icon. de la Salpêt. 23, no. 5.

65. *Dupré*, *E.*, et *Fouqué* (Paris), Un cas de délire à trois. Sitzungsber. Ann. méd.-psychol. 69, Mai-Juin, p. 497.

66. *Dupré*, *E.*, et *Gelma*, Hallucinose chronique. L'Encéphale 6, p. 282.

67. *Dupré*, *E.*, et *Gelma*, Un cas d'hallucinose. Sitzungsber. Ann. méd.-psychol. 69, Mai-Juin, p. 493.



68. *Dupré, E.*, et *Kahn, P.*, Un cas de psychose rheumatismale. L'Encéphale no. 7.

69. *Dupré* et *Logre*, Les délires d'imagination. L'Encéphale no. 3 et 4.

70. *Dupré* et *Favrius*, Puérilisme et délire d'imagination. L'Encéphale no. 7.

71. *Dupré, E.*, et *Tarrias, I.*, Puérilisme mental chez une maniaque. Rapports du puérilisme avec le délire d'imagination. L'Encéphale 6, p. 32.

72. *Eppelbaum, Vera* (Kowel), Zur Psychologie der Aussage bei der Dementia praecox (Schizophrenie). Inaug.-Diss. Zürich.

73. *Eppelbaum, Vera* (Zürich), Zur Psychologie der Aussage bei der Dementia praecox (Schizophrenie). Allg. Ztschr. f. Psych. 68, S. 763.

74. *Ermakow*, La démence précoce pendant la guerre. Arch. intern. de Neurol. 33, p. 142.

75. *Famenne, P.*, Psychoses avec délire systématisé consécutives à une infection gonococcique. L'Encéphale 6, p. 381.

76. *Famenne* et *Hartenberg*, Les états anxieux. Bull. de la Soc. de méd. de Belgique. Août-Octobre.

77. *Farrar, C. B.*, Documented delirium. An autopathography. Americ. journ. of insan. vol. 67, p. 571.

78. *Ferenzi, A.*, Die Rolle der Sexualität in der Pathogenese der Paranoia. Gyógyászat 51, p. 630, 646.

79. *Fillasier*, Un cas de Zoophilie. Sitzungsber. Ann. méd.-psychol. 69. Mars-Avril p. 302.

80. *Forster, Eduard* (Berlin), Über das manisch-depressive Irresein. Sitzungsber. Arch. f. Psych. u. Neurol. 48, S. 397.

81. *Fortunié, P. de*, et *Hannard*, Un cas de psychose chronique à base d'interprétations, avec délire d'imagination et réactions revendicatrices. Revue de Psych. 15, p. 90.

82. *Fouqué* (Paris), Un cas de confusion mentale avec délire onirique chez une albuminurique. Sitzungsber. Ann. méd.-psychol. 69, Mai-Juin, p. 489.

83. *Frankhauser, K.*, Geschwisterpsychosen. Inaug.-Diss. Straßburg.

84. *Frankhauser, K.* (Stephansfeld i. Els.), Geschwisterpsychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien, 5, S. 52. (S. 186*.)



85. *Frankhauser*, *K.* (Stephansfeld i. El.), Über die Unterarten der Dementia praecox an der Hand Ursteinscher Fälle. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat. Originalien, 6, S. 263. (S. 181*.)

86. *Fuchs*, *W.* (Emmendingen), Pupillenstörungen bei Dementia praecox. Psych.-Neurol. Wschr. XIII, S. 175.

87. *Ganser*, *Josef* (Dresden), Über die Behandlung unruhiger Geisteskranker. Sitzungsber. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 29. S. 87.

88. *Ganter*, *Rudolf* (Wormditt), Über Lebens- und Krankheitsdauer bei Geisteskranken und einige verwandte Fragen. Allg. Ztschr. f. Psych. 68, S. 104.

89. *Gardi*, *J.*, e *Prigione*, *F.*, Ricerche sperimentali condotte col metodo delle'saurimento frazionato del potere anticorpo degli antisieri al fine di dimostrare la esistenza di principii abnormi specifici nel siero di sangue dei malati dimente (psicosi maniaco-depressiva et demenzo-paralytica. Rassegna di studi) psich. I, fasc. 5.

90. *Genil-Perrin*, *G.* (Paris), Mélancolie et psychose maniaque-dépressive. Revue de Psychiatrie et de Psychol. exper. XII, p. 489

91. *Göransson*, Psychose bei Zwillingen. Hygiene Nr. 9.

92. *Gonnet*, *A.*, Fabulation et délire systematisé chronique. Gaz. des hôp. no. 106 et 107.

93. *Grafe*, *E.* (Heidelberg), Beiträge zur Kenntnis der Stoffwechselverlangsamung. Untersuchungen bei stuporösen Zuständen. Aus der Medizin. u. Psychiatr. Klinik in Heidelberg. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 102, Heft 1 u. 2.

94. *Guidi*, Dementia praecocissima, Riv. sperim. di Frenetria 36. fasc. 4.

95. *Halberstadt*, *I.* (Paris), Sur un état mixste pseudocirculaire. Manie dépressive suivie de manie improductive. L'Encéphale 12.

96. *Halberstadt*, *J.* (Paris), Hallucinations lilliputiennes dans un cas de démence précoce au début. Arch. intern. de neurol. 33, I.

97. *Hamburger*, *I.*, Einige Fälle funktioneller Erkrankungen bzw. Simulation derselben. Wien. med. Wschr. S. 699.

98. *Hamel* (Paris), Tentative de suicide chez une persécutée. Sitzungsbericht.



99. *Hamel*, Tentative de suicide chez une persécutée. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. p. 64. Annal. méd.-psychol. 69, Mai-Juin, p. 489.

100. *Hamel* et *Couchoud* (Paris), Dégénérescence mentale ou folie maniaco-dépressive. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. 69, Mars-Avril, p. 304.

101. *Hannand*, *P.*, Le délire d'interprétation de Serieux et Capgras. Contribution clinique à l'étude des délires systématisés chroniques. 242. Lille, Camille Robbe, éditeur.

102. *Hannand*, *P.*, et *Sergeant*, *J.* (Paris), Cholémie et états mentaux dépressifs. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. 69, Mai-Juin, p. 448.

103. *Harper-Smith*, *P. H.*, Dementia praecox. Arch. of neurol. and psych. 5, p. 148.

104. *Hartenberg*, *P.* (Paris), Les états anxieux. Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique, Août-Octob., p. 282.

105. *Haymann*, *Hermann* (Freiburg i. B.), Neue Arbeiten über Geisteskrankheiten bei Kindern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Referate. 3 S. 609.

106. *Heilbronner*, *Karl* (Utrecht), Über autonome Verstimmungen. Reichs-Med.-Anz., 16. Sept. 1910.

107. *Heinicke*, *W.* (Waldheim i. Sachs.), Zur Klinik der Gefängnispsychosen. (Ein seltener Fall von seniler Geistesstörung bei einer häufig mit Freiheitsstrafen belegten Gewohnheitsverbrecherin.) Arch. f. Psych. u. Neurol. 48, S. 1091. (S. 187*.)

108. *Heinicke*, *W.* (Waldheim), Manisch-depressive Psychose und hysterisches Irresein bei ein und derselben Kranken. Allg. Ztschr. f. Psych. 68, S. 429.

109. *Herzog*, *Hermann* (Pirmasens), Über vasomotorische Störungen bei Dementia praecox. Inaug.-Diss. Würzburg.

110. *Hesnard*, *A.*, Sur la mort rapide au début de la démence précoce. Considérations cliniques et médicolégales militaires. Caducée no. 13 p. 174.

111. *Heveroch*, Psycholog. Analyse der Halluzinationen. Wahnideen und Obsession. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien, 7, S. 113.



112. *Hoche*, *A.* (Freiburg i. B.), Einfache Seelenstörungen. Ztschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 19.

113. *Hollaender*, *P.* (Genève), Démence précoce infantile (Dementia praecocissima). Thèse no. 275. Genève. (S. 181*.)

114. *Hollaender*, *P.* Démence précoce infantile. Arch. intern. de neurol. ann. 33, p. 97 et 184.

115. *Homburger*, *A.* (Heidelberg), Die Literatur des manisch-depressiven Irreseins 1906—1910. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Referate, 2, S. 753 u. 865.

116. *Hudovernig*, *K.* (Budapest), Hysteriforme Symptome im Anfangsstadium organischer Nervenleiden. Orvosi Hetilap no. 52.

117. *Hübner*, *Artur* (Bonn), Klinisches über Querulanten. Sitzungsbericht. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 29, S. 503.

118. *Hughes*, *C. H.* (St. Louis), Tranquilizer for maniacs. The alien. and neurol. vol. 32, p. 163.

119. *Janet*, *P.*, La Kleptomanie et la dépression mentale. Journ. de psych. March-Avril.

120. *Jelliffe*, *Smith Ely* (New York), Cyclothymia, the mild form of manic-depressive psychoses and the manic-depressive constitution. Americ. journ. of. insan. 67, p. 661. (S. 178*.)

121. *Jelliffe*, *Smith Ely* (New York), Predementia praecox. The hereditary and constitutional features of the dementia praecox make up. Journ. of nerv. and ment. discase 38, no. 1. (S. 181*.)

122. *Jolly*, *Ph.* (Halle a. S.), Chorea minor und Choreapsychosen. Wien. klin. Wscrh. Nr. 29.

123. *Jolly*, *Ph.* (Halle a. S.), Zur Prognose der Puerperalpsychosen. Münch. Med. Wschr. S. 130. (S. 187*.)

124. *Jolly*, *Ph.* (Halle a. S.), Beitrag zur Statistik und Klinik der Pueperalpsychosen. Arch. f. Psych. u. Neurol. 48, S. 792.

125. *Itten*, *W.* (Zürich), Heilversuche mit Nukleininjektionen bei Schizophrenie (Dementia praecox). Mit einer vorläufigen Mitteilung über zytologische Blutbefunde bei dieser Krankheit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 7, S. 384. (S. 181*.)

126. *Junod*, *H. A.*, Deux cas de possession chez les Ba-Ronga. Bull. de la soc. Neuchâtel de géogr. 20, p. 387.



127. *Juquelier, M.* (Paris), Cinquante ans de délire mystique sans démence. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 4, p. 16.

128. *Juquelier, M.* (Paris), Cinquante ans de délire mystique sans démence. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. 69, Mai-Juin, p. 486.

129. *Juquelier* et *Vinchon*, Obsessions et mélancolie chez un vagabond à internements multiples (absence de tendances nocives). Bull. de la soc. clin. de méd. ment. no. 7, p. 246.

130. *Kahn, Pierre* (Paris), Épisode confusionnel suivi d'amnésie contemporain de la ménopause. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. 69. Mars-Avril, p. 310.

131. *Kahn, Pierre* (Paris), Épisode confusionnel suivi d'amnésie contemporain de la ménopause. L'Encéphale 6, p. 83.

132. *Kalischer, Siegfried* (Berlin-Schlachtensee), Über Adalin, ein neues Sedativum und Hypnotikum. Neurol. Zentralbl. 30, S. 12.

133. *Kannabich, J.*, Psychotherapie leichter Fälle von periodischer Depression. Psychother. (russisch) 2, p. 97.

134. *Kannabich, J.*, Zur Pathologie der intellektuellen Emotionen, Paranoia, Psychasthenie, Psychotherapie (russisch) 2, p. 249.

135. *Karpas, M. J.*, and *Poate, E. M.*, Dementia praecox with tabes to be differentiated from general paralysis, tabetic form. Journ. of nerv. and ment. disease 8, p. 485.

136. *Kempner, A.* (Charlottenburg), Das neue Sedativum und Hypnotikum Adalin. Neurol. Zentralbl. 30, S. 309.

137. *Keniston, J. M.* (Middletown), Certain disturbances of thought. Americ. journ. of insan. vol. 67, p. 775.

138. *Kerner, Nedeschda* (Zürich), Zur Mortalität der Dementia praecox. Psych.-Neurol. Wschr. 12, S. 401. (S. 181*.)

139. *Kerner, Nedeschda* (Jekaterinoslaw), Mortalität der Dementia praecox. Inaug.-Diss. Zürich.

140. *Kilian* (Gießen), Zur Untersuchung der Assoziationen bei Maniakalischen. Klin. f. psych. u. nerv. Krankh. (Sommer) Bd. 6, S. 83.

141. *Klehmet, F.* (Coblenz), Akute Linkshändigkeit bei einem Fall von katatonischer Pfropfhebephrenie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 29, S. 389. (S. 182*.)



142. *Kleist, Karl* (Erlangen), Die Streitfrage der akuten Paranoia. Ein Beitrag zur Kritik des manisch-depressiven Irreseins. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Originalien, 5, S. 366. (S. 180*.)

143. *Klepper, Georg* (Gießen), Die Unterscheidung von epileptischen und katatonischen Zuständen, speziell aus den Assoziationen. Klin. f. psychische u. nerv. Krankh. (Sommer) 6, S. 1.

144. *Klepper, Georg* (Gießen), Die Unterscheidung von epileptischen und katatonischen Zuständen, speziell aus den Assoziationen. Inaug.-Diss. Gießen.

145. *Klewe-Nebenius, J. G.* (Emmendingen), Osteomalacie und Dem. praecox. Med. Klin. S. 2022. (S. 182*.)

146. *Koch, H. W.*, Psychosen bei Karzinomkachexie. Inaug.-Diss. Kiel.

147. *Kozowsky, A. D.*, Zur Pathologie des Delirium acutum. Allg. Ztschr. f. Psych. 68, S. 415.

148. *Kozowsky, A. D.*, Delirium acutum. Allg. Ztschr. f. Psychol. H. 4.

149. *Ladame, Ch.* (Genf), Lettre de Suisse. (Les aliénés dans l'armée; l'issue des psychoses périodiques; démence précoce et alcoolisme). Revue d. psych. no. 10, p. 415.

150. *Lagriffe, L.*, Recherches sur l'hérédité dans les maladies mentales. Arch. d'anthropologie criminelle et de méd. légale 15 juillet 1910.

151. *Lapinsky, M.*, Wenig bekannte Formen akuter Demenz nach Trauma. Neurol. Bote (russisch) 18, S. 225.

152. *Laurent, A.*, Arriération mentale et démence précoce. L'Encéphale 6, p. 394.

153. *Laurès, G.*, Confusion mentale et démence. Arch. de méd. et pharm. navales 3, p. 191.

154. *Laysmann, Ludwig*, Posteklamptische Psychosen, Inaug.-Diss. Bonn.

155. *Leiber, Hans* (Damme), Ein Fall von psychischer Störung katatonischer Färbung im Verlaufe einer tuberkulösen Meningitis. Inaug.-Diss. Kiel.

156. *Leroy, R.* (Paris), Dessins d'un dément précoce avec état maniaque. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 4, p. 303.



157. *Leroy, R.*, et *Capgras, J.* (Paris), Symbolisme dans une psychose interprétative. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 4, p. 176.

158. *Leroy, R.*, et *Capgras* (Paris), Obsessions hallucinatoires et hallucinations obsédiantes au cours de deux accès de folie périodique. Sitzungsbericht. Annal. méd.-psychol. 69, Mars-Avril, p. 302.

159. *Leroy, R.*, et *Trénel*, Troubles mentaux récidivents chez deux soeurs. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. 69, Nov.-Décbr., p. 448.

160. *Leroy, R*, et *Trénel*, Troubles mentaux récidivents chez deux soeurs. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 4, p. 191.

161. *Lévy-Valensi* (Paris), Une forme littéraire du délire d'interprétation. Berbignier de Terre-Neuve du Thym. L'Encéphale no. 9, p. 193.

162. *Linke, A. F.*, (Lüben), Zum Verlauf chronischer Psychosen beim Verbrecher. Motiviertes Gutachten. Psych.-Neurol. Wschr. Jahrg. 1911/12, S. 149.

163. *Loewe, Siegfried* (Leipzig), Untersuchungen über die Harnkolloide von Epileptikern und Geisteskranken. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Origin., 7, S. 73. (S. 187*.)

164. *Löwy, Max* (Marienbad), Subakute Raucherparanoia und einige andere Fälle von diffusem Beobachtungswahn aus dem Gefühle subjektiver unbestimmter Unruhe oder unbestimmter Angst (drohenden Unheils), unbestimmter Erwartung und aus dem Gefühle allgemeiner erhöhter Importanz der Eindrücke. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Originalien, 5, S. 604.

165. *Lorenz, W. F.*, Manic depressive insanity, there syphilis, tabes, general paralysis. Med. record, 11. November.

166. *Lucangeli, L.*, Psichosi dislogiche. Ferrara. Tipografia Ferrariola 23 p.

167. *Lucangeli, L.*, Crises parallèles d'excitation catatonique et de faiblesse cardiaque chez un dément précoce. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 7, p. 275.

168. *Lugiato, L.*, e *Lavizzari* (Sondrio), la funzione circolatoria nei dementi precoci. 30 p. Ferrare Tipogr. Ferrariola.

169. *Lugiato, L.*, e *Lavizzari G. B.* (Sondrio), La funzione circo-



latoria nei dementi precoci. Sui rapporti tra lo sviluppo dell'aparato cardiovascolare e la capacità funzionale cardiaca. Riv. sperim. di Freniatria 37, fasc. III. (S. 182*.)

170. *Lugiato*, *L*, e *Lavizzari* ,*G. B.* (Sondrio), La funzione circolatoria nei dementi precoci. Prima nota. Ricerche sfigmomanometriche e sfigmografiche. Giorn. di psich. di clin. e tecn. man. 1910.

171. *Lückerath*, *Max* (Bonn), Über Degenerationspsychosen bei kriminellen Geisteskranken. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 17, S. 45.

172. *Lückerath*, *Max* (Bonn), Zur Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und Hysterie. Allg. Ztschr. f. Psych. 68, S. 312.

173. *Maeder*, *A.* (Zürich), Zur Entstehung der Symbolik im Traum in der Dementia praecox usw. Zentralbl. f. Psychoanalyse. Verl. von Bergmann, Wiesbaden. Jahrg. 1, Juliheft.

174. *McGaffin*, *C. G.*, A manic-depressive family. A study in heredity. The Americ. journ. of. insan. 68, p. 263.

175. *Markus*, *Otto* (Darmstadt), Über Assoziationen bei Dementia praecox. Inaug.-Diss. Greifswald.

176. *Markus*, *Otto* (Greifswald); Über Assoziationen bei Dementia praecox. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 48, S. 344. (S. 182*.)

177. *Marshall*, *R. M.* (Glasgow), Periodic Attacks of Excitement and Depression in the Chronic Insane. The journ. of ment. science 57, p. 74. (S. 178*.)

178. *Martin*, *E.*, *Rousset* et *Lafforgue*, Fugues et impulsions dans la période prodromique de la Démence précoce. Arch. d'Antropologie crimin. 26, p. 346.

179. *Matsubara*, *Saburo* (Kanazawe), Das Wesen der depressiven Psychosen. Neurologia (deutsch) 2, S. 37.

180. *Maybardjack*, *Peter*, Klinische Varietäten der chronischen einfachen und halluzinatorischen Paranoia. Inaug.-Diss. Berlin.

181. *Mayer*, *H.*, Ein Fall von Kinderpsychose. Sitzungsber. Wien. klin. Wschr. 24, S. 1815.

182. *Mayr*, *Roderich*, Über Endzustände der Korsakowschen Psychose. Inaug.-Diss. München.



183. *Mc. Gaffin, C.*, A manic-depressive family, — a study in heredity. The americ. journ. of insan., October.

184. *Mechan, J.*, An interesting case of confusional insanity. Journ. of the americ. med. assoc. 3, p. 179.

185. *Mechan*, Confus insanity, Journal of americ. assoc. 21. January.

186. *Meyer, E.* (Königsberg), Die Puerperalpsychosen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 48, S. 459.

187. *Mikulski, Anton* (Koulparkow, Galicie), Démence précoce. Acromégalie atypique. La Nouv. Iconograph. de la Salpêtrière no. 4, Juillet-Août. (S. 183*.)

188. *Mochi, A.*, Neuere italienische Untersuchungen über die Verwandtschaftsverhältnisse der funktionellen Psychosen. Rassegna di studi psych. vol. 1, p. 130.

189. *Münzer, Gustav* (Berlin-Schlachtensee), Zur Ätiologie der Puerperalpsychosen. Neurol. Zentralbl. 30, S. 851. (S. 187*.)

190. *Mugdan, Franz* (Freiburg i. Bad.), Periodizität. Sammlung zwangloser Abhandlungen (Hoche) IX, H. 4. (S. 178*.)

191. *Mugdan, Franz* (Freiburg i. Bad.), Periodizität und periodische Geistestörungen. Halle a. S., Karl Marhold. 18 S. (S. 178*.)

192. *Nadal* (Clermont), Excitation motrice à forme poriomaniaque chez un circulaire. Annal. méd.-psychol. 69, Mars-Avril p. 216. (S. 179*.)

193. *Nelken, J.*, Psychologische Untersuchungen bei Dementia praecox. Journ. f. Psychol. u. Neurol. 18, S. 183.

194. *Nitsche, P.* (Dresden) u. *Wilmanns, K.* (Heidelberg), Die Geschichte der Haftpsychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Referate, 3, S. 353 u. 497.

195. *Noble*, Treatment of mania. Med. record no. 2105.

196. *Norman, Hubert, J.* (Camberwell House), Witchcraft, Demoniacal Possession, and Insanity. The journ. of ment. science no. 238, p. 475.

197. *Olinto, P.*, O diagnostico differencial entre alguno casos de demencia precoce com loucura maniaco-depressiva. Arch. bras. de Psych., neurol. et med. legal. 7, no. 1 u. 2.

198. *Olivier, M.*, et *Boidard, M.*, Délires d'incubation à forme maniaque dans la fièvre typhoide. Gaz. des hôpitaux no. 23.



199. *Overbeck, Heinrich*, Zur prognostischen Beurteilung des Stupors bei Katatonie. Inaug.-Diss. Kiel.

200. *Pappenheim, M.* (Heidelberg), Über die Polynukleose im liquor cerebrospinalis; insbesondere bei der progressiven Paralyse. Mit einem Beitrag zur Kasuistik der Strangulationspsychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Originalien, 4, S. 263.

201. *Paravicini, Giuseppe* (Mombello), Psicosi maniaco-depressiva stupore catatonico ed accessi epilettiformi. Rassegna di studi psich. 1, p. 17.

202. *Parhon* und *Urechie* (Bukarest), Die Lymphozytose bei der Manie und Melancholie. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. 30 S. 172.

203. *Partenheimer* (Cöln), Zur Kenntnis des induzierten Irreseins. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Originalien, 6, S. 326. (S. 180*.)

204. *Pascal, Constanza* (Paris), La démence précoce; étude psychologique médicale et médico-légale. Paris, Félix Alcan. 302 p. (S. 183*.)

205. *Pascal, Constanza* (Paris), Démence précoce (étude clinique et médico-legale). Revue de méd. no. 4, p. 304.

206. *Pasturel*, Dessins anatomiques et conceptions médicales d'un dément précoce. L'Encéphale 6, p. 358.

207. *Pelz, Artur* (Königsberg i. Pr.), Über das neue Sedativum und Hypnotikum Adalin. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Originalien, 4, S. 515. (S. 187*.)

208. *Perrin, Georges Genil*, Mélancolie et psychose maniaque-dépressive. Revue d. psych., 15. Décembre.

209. *Petró, F.*, Della pazzia analoga o gemellare. Annal. di fren. e scienze affini 20, fasc. 2.

210. *Pfersdorff, Karl* (Straßburg), Über die Verlaufsarten der Dementia praecox. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 30, S. 159.

211. *Pfersdorff, Karl* (Straßburg), Über Assoziationen bei Dementia praecox. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. 30, S. 767.

212. *Pförringer, Otto* (Hamburg-Friedrichsberg), Zum Wesen des katatonischen Symptomenkomplexes. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 29, S. 380.

213. *Picqué, L.* (Paris), Accès maniaque survenu chez une femme



récemment accouchée. Curettage suivi de guérison. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 4, p. 92.

214. *Picqué*, *L.* (Paris), Présentation d'un faux cénestopathe. Considérations à propos de l'origine périphérique de certains délires. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. 69, Mai-Juin, p. 493.

215. *Picqué* et *Capgras*, Confusion mentale et appendicite; guérison après intervention chirurgicale. L'Encéphale 6, p. 558.

216. *Pighini*, *Giacomo* (Reggio Emilia), Über die Menge Cholesterins und Oxycholesterins des Serums bei verschiedenen Formen von Geisteskrankheiten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orginalien, 4, S. 628.

217. *Pilcz* (Wien), Arteriosklerotische Geistesstörungen. Wien. med. Wschr. Nr. 5—8.

218. *Placzek*, Katatonie und psychisches Trauma. Med. Klin. Nr. 47.

219. *Plönies*, *W.* (Hannover), Die diätetische und medikamentöse Behandlung der von Magenerkrankungen abhängigen zerebralen Funktionsstörungen und Psychosen. Arch. f. Psych. und Nervenkrankh.

220. *Poensgen*, *Fritz*, Die Modifikation des manisch-depressiven Anfalls im Rückbildungsalter. Inaug.-Diss. Straßburg.

221. *Pötzl*, *O.* (Wien), Fall von klimakterischer Melancholie mit Adrenalinglykosurie und Adrenalinmydriasis. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. 30, S. 349.

222. *Pötzl*, *O.* (Wien), Fall von atypischer katatoner Dementia praecox. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. 30, S. 415.

223. *Raecke*, *Julius* (Kiel), Katatonische Zustände. Sitzungsber. Münch. Med. Wschr. S. 385.

224. *Raw*, *Nathan* (London), The Treatment of Puerperal Insanity with Antistreptococcic Serum. The journ. of. ment science no. 238, p. 506.

225. *Read*, *Ch. F.*, Clinical studies of the psychic factors concerned in functional psychoses. Americ. journ. of insanity vol. 67, p. 705.

226. *Régis*, *E.* ,La phase de réveil du délire onirique. L'Encéphale 5, p. 409.

227. *Rehm*, *O.* (Dösen), Die Bedeutung des psychogenen Elementes

im manisch-depressiven Irresein. Sitzungsber. Allg. Ztsc
f. Psych. 68, S. 520.

228. *Rehm, O.* (Dösen), Das manisch-depressive Irresein als Kra
heitseinheit. Sitzungsber. Mtschr. f. Psych. u. Neurol.
S. 93.

229. *Rémond, M.* (Metz), et *Voivenel, P.* (Toulouse), Essai sur
valeur de la conception Kraepelinienne de la manie et
la mélancolie. Suite et fin. Annal. méd.-psychol.
Janvier-Février, p. 19.

330. *Rémond, M.*, et *Voivenel* (Toulouse), Note sur les eff
du Pantopon. Annal. méd.-psychol. 69, Mars-Avril, p.
(S. 187*.)

231. *v. Renesse, Alexander*, Zur Differentialdiagnose zwischen Ma
und Dementia hebephrenica (praecox). Inaug.-Diss. Berlin.

232. *Reuter, C.*, Paranoide Symptome bei einem Kinde. Budapest
Orvosi Ujság 9, p. 579.

233. *Rinne, Ernst* (Langenhagen), Ein Beitrag zur Geschichte d
Jugendirreseins. Literaturübersicht. Wien. klin. Rdsch.
Nr. 3—6. (S. 183*.)

234. *Rittershaus, E.*, Frühsymptome der Dementia praecox. Ztsch
f. die Erforsch. u. Behdlg. d. jugendl. Schwachsinns V, S.
(S. 183*.)

235. *Rittershaus, E.* (Friedrichsberg), Die Differentialdiagnose zwisch
Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein. Sitzungs-
bericht. Allg. Ztschr. f. Psych. 68, S. 750.

236. *Riva, Emilio*, Contributo allo studio delle forme cliniche attr
bute alla Demenza precoce e dei loro esiti. Riv. sperim.
di frenetria 37, p. 820.

237. *Robertson, George, M.* (Edinburg), Morison Lectures. The Diffe-
rentiation of Melancholia, the Depressive Phase of manic-
depressive Insanity. The journ. of ment. science no. 23
p. 415.

238. *Robertson, George, M.* (Edinburg), Melancholia, the depressive
phase of manic-depressive Insanity. The Lancet April 1.

239. *Robertson, George, M.* (Edinburg), Melancholia. Brit. med. journ.
no. 2623.

240. *Rodiet* et *Masselon*, Mélancolie. L'Encéphale no. 12.

41. *Römer*, *C.* (Hirsau), Die Heilungsaussichten der Psychoneurosen. Münch. med. Wschr. 58. S. 1614.

42. *Roehrich*, Les états dépressifs. Revue méd. de la Suisse rom. no. 7.

43. *Rohde*, *Max* (Zehlendorf), Assoziationsvorgänge bei Defektpsychosen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 30, S. 272, 384, 519.

44. *Rohde*, *Max* (Zehlendorf), Assoziationsvorgänge bei Defektpsychosen. Sitzungsber. Allg. Ztschr. f. Psych. 68, S. 580.

45. *Rollmann*, *J.*, Klinische Beobachtungen des Korsakowschen Symptomenkomplexes. Wien. klin. Wschr. 25, S. 645.

46. *Rose*, *F.* (Paris), A propos de la précipito-réaction du sang des déments précoces. (Pariser Psych. Gesellschaft.) L'Encéphale 6, p. 82.

47. *Rose*, *Félix* (Paris) A propos de la réaction de précipitation du sérum des déments précoces. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. 69. Mars-Avril, p. 310.

248. *Rosenberg*, *M.* (Prag), Über gewisse Regelmäßigkeiten der Perseveration. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien, 8, S. 123.

249. *Rosental*, *Stefan*, Eine Verstimmung mit Wandertrieb und Beziehungswahn. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. 32, S. 330.

250. *Rossi*, Paranoia. Ann. di Neurol. 28, facs. 5.

251. *Roubinowitsch*, *P.* (Paris), La démence précoce. Le progrès méd. 10, p. 117.

252. *Rougé*, *C.* (Limoux), Manie simple et Psychose périodique. Statistique. Annal. méd.-psychol. 69, Mai-Juin, p. 353. (S. 179*.)

253. *Runta*, Sulle psicosi da esaurimento. Ann. di freniatria 20, fasc. 2.

254. *Buch*, *F.*, Mélancholie et psychothérapie. Arch. de psychol. 10, p. 37.

255. *Runge*, *Werner* (Kiel), Die Generationspsychosen des Weibes. Inaug.-Diss. Kiel.

256. *Runge*, *Werner* (Kiel). Die Generationspsychosen des Weibes. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 48 S. 545.

257. *Runge*, *Werner* (Kiel), Über die Prognose der Puerperalpsychosen. Sitzungsber. Münch. med. Wschr. S. 384.



258. *Saiz, G.* (Triest), Dementia praecox und Paranoia hallucinator. chronica. Allg. Ztschr. f. Psych. 68, S. 444.

259. *Salin, A.*, et *Azémar, Ch.* (Picpus), Note sur l'emploi du Pantopon dans la thérapeutique des maladies mentales. Annal. méd.-psychol. 69, Mars-Avril, p. 270. (S. 187*.)

260. *van der Scheer, W. M.*, Ein Fall von Melancholie mit hartnäckiger Nahrungsverweigerung und chronischer Obstipation. Psych. en Neurol. Blaaden 15, p. 285.

261. *van der Scheer, W. M.*, Catatonia treated by thyreoidect. Folia neuro-biol. 5, p. 755.

262. *van der Scheer, W. M.*, Katatonie und partielle Thyreoidektomie. Ned. Tijdschr. vor Geneesk. 55, p. 1939.

263. *Schmid, Hans* (Lausanne), Ergebnisse persönlich erhobener Katamnesen bei geheilten Dementia praecox-Kranken. Ein Versuch, Formen von akuter Verwirrtheit als Zustandsbilder des manisch-depressiven Irreseins von der Katatonie abzutrennen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Originalien, 6, S. 125. (S. 183*.)

264. *Schroeder, E.* (Zwiefalten), Entwicklungsstörungen des Gehirns bei Dementia praecox. Ein Beitrag zur Frage der Ätiologie dieser Psychose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Origin. 4, S. 194. (S. 184*.)

265. *Séglas, M. J.*, et *Logre*, Des rémissions dans la démence précoce. Sitzungsber. L'Encéphale 6, p. 276.

266. *Séglas, M. J.*, et *Logre*, Délire hypocondr., tortic., mental. Rev. neurol. no. 1.

267. *Séglas, M. J.*, et *Collin*, Émotion-choc. Psychose confusionelle. La Presse méd. no. 9.

268. *Siemerling, Ernst* (Kiel), Infektions- und autotoxische Psychosen. Ztschr. f. ärztl. Fortbildg. Nr. 21.

269. *Sikowsky* (Kiew), Sur la confusion mentale. Arch. intern. de neurol. 9- série, p. 273.

270. *Somer, E. de* (Tournai), Études psychologiques de quelques délires. Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique no. 156. p. 196.

271. *Sommer, Max* (Bendorf), Zur Frage der nosologischen Selb-

ständigkeit der Hypochondrie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Originalien, 4, S. 247. (S. 187*.)

'2. *Soukhanoff*, *Serge* (Petersburg), La démence précoce et la Syphilis. Annal. méd.-psychol. 69, Mai-Juin, p. 377. (S. 184*.)

73. *Soukhanoff*, *Serge*, Zyklothymie. Psychother. (russ.) 2, p. 153.

74. *Soukhanoff*, *Serge*, (Petersburg), Troubles mentaux dans la staphylococcémie. Revue neurol. Nr. 23.

75. *Southard*, *E. E.* (Hathorn, Boston, Mass.), A study of the dementia praecox group in the light of certain cases slowing anomalies or sclerosis in particular brain-regions. Americ. journ. of insan. 67, p. 119.

276. *Spielrein S.* Über den psychologischen Inhalt eines Falles von Schizophrenie (Dementia praecox). Jahrb. f. psychoanalyt. u. psychopathol. Forsch. Bd. III, S. 329.

277. *Stransky*, *Erwin* (Wien), Streifzüge durch die Klinik des manisch-depressiven Irreseins. Med. Klin. 1911, Nr. 48.

278. *Stransky*, *Erwin* (Wien), Das manisch-depressive Irresein. Leipzig u. Wien, Franz Deuticke. 272 S. (Handbuch der Psychiatrie, herausg. von G. Aschaffenburg.) (S. 179*.)

279. *Stransky*, *Erwin* (Wien,) Bemerkungen zur Theorie des manisch-depressiven Irreseins. Wien. med. Woche Nr. 2.

280. *Straßmann*, *E.* (Berlin), Neurasthenischer Dämmerzustand. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 17, S. 493.

281. *Stroehlin* et *Fouqué*, Un cas de psychose hallucinatoire chronique avec délire d'influence. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 4, p. 134.

282. *Taillens*, Mélancholie et troubles digestifs. La clinique. no. 31, p. 484.

283. *Talmey*, *Max*, Manic-depressive insanity or recurrent insanity? New York and Philadelphia med. journ. January 7.

284. *Tamburini*, *A.*, jun. (Rom), Psicosi catatonica acuta e psicosi maniaco-depressiva catatonica. Riv. sperim. di freniatr. 37, p. 369.

285. *Tastevin*, *J.*, L'Asthénie post-douloureuse et les Dysthénies périodiques (Psychose périodique). Annal. méd.-psychol. 69, Mars-Avril, p. 177, Mai-Juin, p. 384, Juillet-Aout, p. 18.



286. *Teyssien*, Manie présénile. Imprimerie moderne Bordeaux. 1911.
287. *Timofejew*, *A. W.*, Dementia praecox pseudoparalytica. Rev. f. Psych., Neurol. u. experiment. Psychol. (russisch) 16, S. 65. (S. 184.*)
288. *Tissot*, *F.* (Dury), Automutilateur piqueur stéréotypé. L'Encéphale 6, p. 395.
289. *Tomaschny*, *Viktor* (Treptow a. d. Rega), Über die Anwendung des Pantopon in der Psychiatrie. Neurol. Zentralbl. 30, S. 127.
290, *Torren*, *J. van der*, Psychosen und Psychoneurosen auf dem Gebiete überwertiger Ideen. Tijdschr. voor Geneesk. Nr. 6
291. *Travaglino*, *P. H. M.*, Glykosurie bei Psychosen. Nederl. Tijdschrift v. Geneesk. 1911, H. 1.
292. *Troschin* (Petersburg), Über den Negativismus. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. 30, S. 173.
293. *Truelle*, *V.*, et *Pillet*, Une mystique persécutée. Bull. de la soc. de la clin. de méd. ment. p. 46.
294. *Truelle*, *V.*, et *Pillet* (Paris), Une mystique persécutée. Sitzungsbericht. Annal. méd.-psychol. 69, Mai-Juin, p. 488.
295. *Valek*, *Friedrich* (Bukarest), Heilbarkeit und Prophylaxe der funktionellen Geistesstörungen. Wien. med. Wschr. Nr. 11.
296. *Vigouroux*, *M.* (Paris), Manie périodique guérie? Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. 69. Septembre-Octobre, p. 303.
297. *Wada* (Tokio-Wien), Zur Pathologie der Dementia praecox. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. 30, S. 351.
298. *Wallon*, *H.*, Psychose circulaire chez une fillette de douze ans. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. 69, Mai-Juin, p. 491.
299. *Wallon*, *H.*, Psychose circulaire agant débutée à douze ans chez une fillette intellectuellement débile. L'Encéphale 6, p. 171.
300. *Wallon*, *H.*, et *Gautier*, *Cl.*, Psychose infectieuse et confusion mentale, perte des notions de temps. Revue neurol. no. 11. p. 661.
301. *Weber*, *Heinrich*, Zur Kenntnis der Katatonie jenseits des 30. Jahres. Inaug.-Diss., Jena 1910.
302. *Wells*, *Q. E.*, Diplococcus in acute delirium. Americ. journ. of insanity vol. 67, p. 593.



03. *Westphal*, Geisteskrankheiten und Jahreszeiten. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br.

04. *Wetzel, Albrecht* (Heidelberg), Zur Diagnose der Stuporen. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. 30, S. 886.

05. *White, E. Barton* (London), Pituitary and Supra-renal Growths in a case of Insanity. The journal of ment. science 57, p. 18.

306. *Winslow, R.* (Baltimore), Partielle Thyreodektomie bei Dementia praecox. Wien. klin.-therap. Wschr. Nr. 9.

307. *Winter, Friedrich Wilhelm* (Barmen), Ein kasuistischer Beitrag zu den A. Westphalschen Pupillenstörungen bei Katatonie. Inaug.-Diss. Bonn.

308. *Wörmann, Adolf*, Melancholie und Raptus melancholicus. Inaug.-Diss. Kiel.

309. *Wolter, Rudolf*, Zur Lehre von den menstrualen Psychosen. Inaug.-Diss. Kiel.

310. *Zabbé, Johannes*, Die Dementia praecox in ihrer Beziehung zur sozialpolitischen Gesetzgebung. Inaug.-Diss. Königsberg.

311. *Ziveri, A.* (Brescia), Contributo clinico allo studio dell'Amenza e stati affini. Rassegna di studi psich. Siena I, p. 121. (S. 188*.)

312. *Ziveri, A.* (Brescia), Su alcune forme di Psicosi depressiva a carattere ipocondriaco. Rassegna di studi psich. Siena I, p. 370.

313. *Ziveri, A.* (*Brescia*), Psicosi ansiosa confusa. Riv. sperim. di freniatria 66, fasc. 4.

a) Manisch-depressives Irresein.

Arsimoles bringt hier (4) zehn zum Teil ausführliche Krankengeschichten, Fälle von manisch-depressivem Irresein, die mit ausgesprochenen gastrischen Störungen, mit subjektiven und objektiven gastrischen Symptomen begannen, welche meist schwanden, sobald die eigentliche Psychose einsetzte. An einen kausalen Zusammenhang zwischen beiden denkt *A.* dabei nicht.

Bornstein (27) schließt: Das manisch-depressive Irresein und die sog. Dementia praecox bilden zwei klinische Formen, welche ihrem Wesen nach verschieden sind. Das erstere ist eine auf dem Boden der Degeneration entstehende und zweifellos funktionelle Psychose, welche im allgemeinen einen günstigen Verlauf nimmt. Die sogen. Dem. praecox ist zweifellos eine organische Intoxikationspsychose, welcher bisher noch unbekannte anatomisch-pathologische Veränderungen entsprechen, und welche am häufigsten zu den spezifischen Verblödungszuständen

führt. Trotz dieser prinzipiellen Unterschiede ist oft in vielen Fällen die Differenzialdiagnose sehr schwierig oder unmöglich.

Dies läßt sich erstens durch die Tatsache erklären, daß die klinische Gruppe, welche die sog. Dem. praecox umfaßt, nicht einheitlich ist und in sich kleinere Formen einschließt, welche bisher nicht abgesondert sind und der Hebephrenie, der Katatonie oder der paranoiden Form entweder symptomatologisch oder ihrem Ausgang nach verwandt sind.

Zweitens besteht eine prinzipielle Erscheinung darin, daß die manisch-depressiven Faktoren, als grundlegend für die menschliche Seele, sich jeder Erregung oder Depression beimengen, ungeachtet dessen, zu welcher klinischen Gruppe dieselben gehören. In der Dem. praecox treten diese Faktoren am ausgeprägtesten und am häufigsten hervor.

Klinische Untersuchungen, gestützt auf psychologische Analyse einzelner Symptome in Verbindung mit anatomisch-pathologischen und chemischen Untersuchungen, werden in Zukunft immer festere Anhaltspunkte für die Differenzialdiagnose schaffen, indem sie einerseits die Unterscheidung der für die Dem. praecox spezifischen Symptome von den manisch-depressiven Symptomen ermöglichen, andererseits aber von der uneinheitlichen Gruppe der Frühdemenz einzelne klinische Formen, welche bis jetzt in ihr eingeschlossen sind, absondern werden.

Jelliffe (120) beginnt mit einem historischen Überblick über die Zyklothymie, bespricht die Arbeiten von *Kahlbaum*, *Hecker* usw. Namentlich hebt er die Verdienste der beiden *Falret* auf diesem Gebiete hervor. Er beschreibt dann einen gastro-enterologischen, einen dipsomaniakalischen und einen sexualen Typus.

Marshall (177) will an neun Krankengeschichten zeigen, daß Zustände von Depression und Exzitation periodisch und episodisch auch bei anderen Psychosen beobachtet werden, bei Imbezillität, sec. Demenz, organischer Demenz, Paranoia. Die Erregungs- und Depressionszustände will *M.* erklären durch Ernährungsstörungen des Nervensystems.

Die mathematische Form des Periodizitätsbegriffes ist nach *Mugdan* (19.) für die Biologie nicht anwendbar. Verf. wendet sich zunächst gegen die Theorie von *Fliess* (und *Swoboda*), daß die Periodizität das regulative Prinzip aller biologischen Vorgänge sei. Die *Fließ*sche Lehre ist vom mathematischen Standpunkt aus sofort ad absurdum zu führen. *M.* gibt folgende Definition der Periodizität: Einem System von Ereignissen kommt die Eigenschaft der Periodizität zu, wenn in zeitlich gesetzmäßigen Intervallen logisch verwandte Ereignisse eintreten, aus Gründen, die lediglich in der Organisation der Betroffenen liegen, ohne daß dafür ein äußerer oder doch ein entsprechender äußerer Anlaß vorläge. Auf dem Gebiete der Neuro-Psychologie gibt es Kategorien von Zuständen, die in diesem Sinne als periodisch zu bezeichnen sind. Diese lassen sich der Qualität nach in drei Gruppen sondern: die erste Gruppe gehört dem Gebiete der Zyklothymie an, die zweite dem des manisch-depressiven Irreseins; die dritte Gruppe umfaßt die Fälle von periodischem Schwanken der Hirnfunktion. Die zweite Gruppe ist bekannt unter der Bezeichnung des menstruellen Irreseins. Die dritte Gruppe umfaßt die Zustände, welche *Stertz* im 48. Bande des Archivs für Psychiatrie eingehend geschildert



ıt. Die Periodizitätsbegriffe soll man nicht erweitern, das hieße die Periodizität it der Multiplizität identifizieren, was als durchaus inopportun zu bezeichnen wäre.

Régis hat den Verdacht ausgesprochen, ob nicht unter den sogen. Globe-'ottern (globetrotters) psychisch Kranke sich befinden. *Nadal* berichtet hier (192) ısführlich über einen Kranken, welcher ohne erbliche Belastung nach Variola nd Typhus manisch-depressiv wurde und dann jahrelang während der manischen 'hasen große Reisen zu Fuß unternahm, die ihn von Frankreich bis nach Rußınd, auch in die andern Weltteile. führten.

Rougé (252) rechnet aus, daß in 10% der Fälle nur die Manie noch nach 0 Jahren rezidiviert. Nach der Zusammenstellung anderer französischer Irrenrzte, soweit sie über Fälle idiopathischer, nicht rezidivierter Manie berichtet haben, ;ibt *R.* seine Beobachtungen im Asyl von Limoux, und zwar ist sein Material aus len Jahren 1880—1899. Er benutzt nur Fälle, die er in jeder Beziehung überchauen kann, auch in katamnestischer Beziehung. Es wurden in dem genannten Zeitraume 137 Maniakalische aufgenommen (48 M., 89 F.). Von diesen sind 29 Fälle jetzt 10—26 Jahre ohne Rezidiv geblieben. Ihre Krankengeschichte teilt *R.* hier auszüglich mit.

Stransky (278): „Das manisch-depressive Irresein ist eine konstitutionelle und als solche im Grunde chronische Seelenstörung, die sich auf der Grundlage einer in der Regel angeborenen, weit seltener erworbenen Defektanlage entwickelt." Manie und Melancholie sind für den Verf. zwei verwandte Begriffe, die gerade deshalb, weil sie degenerativen Ursprungs sind, die Neigung zu periodischem Verlauf zeigen. Die Stimmungsanomalie sieht er für das Wesentliche an.

Die Melancholie des Rückbildungsalters hält *St.* mit vielen anderen Autoren nicht ohne weiteres für einen manisch-depressiven Mischzustand. Er betont mit Recht, daß man von einem Mischzustand im klinischen Sinne noch nicht sprechen dürfe, „wenn ein expansiver Affekt in einem durchaus psychologischen Ausmaße, ohne dadurch seinen expansiven Charakter wesentlich eingebüßt zu haben, mit Unlustelementen loziert (oder vice vera) in jenem Zustandsbilde vorkommt; absolute reine Affekte gibt es ja nicht oft." Besonders interessant ist das Kapitel XIII des Buches: Grenz- und Streitfragen. In ihm geht der Verf. auf die meisten in den letzten Jahren lebhaft diskutierten Fragen nochmals ein. An erster Stelle erwähnt er die bei Degenierten entstehenden Verstimmungszustände, welche sich an ein äußeres Ereignis anschließen. Er rechnet dieselben nicht zum manisch-depressiven Irresein. Kurz gestreift werden ferner die Depressionszustände des höheren Alters. In der Melancholiefrage (s. oben) verhält sich *S.* dem *Dreyfus*schen Standpunkte gegenüber ablehnend. Die Idee *Spechts*, der die Paranoia mehr weniger im manisch-depressiven Irresein aufgehen lassen möchte, akzeptiert er gleichfalls nicht. Auch den Querulantenwahn will er den manisch-depressiven Zustandsbildern nicht zurechnen. Die Existenz der akuten Paranoia leugnet er nicht ganz, zählt diese Psychose aber auch nicht dem zirkulären Irresein zu. „Übergangsfälle" zur Epilepsie vermag er nicht anzuerkennen. Fälle, die sich unter dem ausgesprochenen Bilde remittierender Katatonien präsentieren, gehören nicht zum manisch-depressiven Irresein.



Die sogen. kombinierten Psychosen (*Krafft-Ebing*, *Gaupp*, *Mönkemöller* u. a.) sind Vergesellschaftungen zweier gleichberechtigter psychischer Erkrankungen.

(*Hübner*-Bonn.)

b) Paranoia.

Kleist (142) sucht hier *Thomsen* zu widerlegen, eine Krankheitsart „akute Paranoia“ sei durch *Thomsen* nicht nachgewiesen. Abgesehen von akut paranoischen Zustandsbildern als Erscheinungsformen verschiedener wohl charakterisierter Krankheitsarten (z. B. Paralyse, senile Gehirnerkrankung, alkoholische und andere Gehirnvergiftungen, Dementia praecox) werden akut paranoische Erkrankungen als Äußerungen zweier verschiedener abnormer Konstitutionen beobachtet:

1. Menschen mit reaktiv-labiler Veranlagung können in Reaktion auf affektvolle Erlebnisse (z. B. Verurteilung, Untersuchungs- und Strafhaft, getäuschte Hoffnungen u. a,) in akut paranoischer Form erkranken.

2. Unter der Gruppe der autochthon-labil Veranlagten bilden die Individuen mit der Disposition zu akut-paranoischen, event. periodisch-paranoischen Erkrankungen eine besondere Abteilung.

Partenheimer (203), welcher vier hierher gehörige Fälle kurz anführt, steht dem induzierten Irresein sehr skeptisch gegenüber. Das Bestehen induzierten Irreseins im strengen Sinne ist äußerst selten, wenn nicht überhaupt fraglich. Induzierter Irrsinn kann nur angenommen werden, wenn ein nachweisbar erblich nicht erheblich belastetes, also zu geistiger Erkrankung nicht von vornherein prädisponiertes, Individuum lediglich durch den Umgang mit einem Geisteskranken in eine Geisteskrankheit verfällt, die im klinischen Sinne, in Inhalt und Form mit der Psychose des Ersterkrankten identisch ist und nach der Trennung auch wieder einen selbständigen Charakter trägt. Die Krankheitsform, die für das induzierte Irresein bei diesen Voraussetzungen wohl allein in Betracht kommen könnte, wäre die Paranoia.

c) Dementia praecox.

Bleuler (20): „Mit dem Namen Dementia praecox oder der Schizophrenie bezeichnen wir eine Psychosengruppe, die bald chronisch, bald in Schüben verläuft, in jedem Stadium halt machen oder zurückgehen kann, aber wohl keine volle Restitutio ad integrum erlaubt. Sie wird charakterisiert durch eine spezifisch geartete, sonst nirgends vorkommende Alteration des Denkens und Fühlens und der Beziehungen zur Außenwelt. Die Persönlichkeit verliert ihre Einheit. Die gegenseitige Beeinflussung der verschiedenen Komplexe und Strebungen ist eine ungenügende oder geradezu fehlende.

B. teilt die Dementia praecox in folgende Unterabteilungen: 1. Das Paranoid. Halluzinationen oder Wahnideen oder beide stehen dauernd im Vordergrund. 2. Die Katatonie. Katatone Symptome stehen dauernd oder doch längere Zeit im Vordergrund. 3. Die Hebephrenie. Akzessorische Symptome kommen vor, ohne anhaltend das Bild zu beherrschen. 4. Die einfache Schizophrenie. Während des ganzen Verlaufes sind nur die spezifischen Grundsymptome vorhanden.

Bei den Grundsymptomen unterscheidet *B.* u. a. die alterierten (Assoziationen.



ffektivität und Ambivalenz — hierunter versteht Verf. die Neigung der schizophrenen Psyche, die verschiedensten Psychismen zugleich mit negativem und ositivem Vorzeichen zu versehen). und die intakten einfachen Funktionen (Empfinung, Orientierung, Gedächtnis, Bewußtsein und Motilität).

Als akzessorische Symptome bezeichnet er Sinnestäuschungen, Wahnideen, kzessorische Gedächtnisstörungen, die Alteration der Persönlichkeit, der Sprache nd Schrift, ferner die körperlichen und die katatonen Symptome, sowie die akuten Syndrome (z. B. melancholische Zustände usw.).

Bei der psychologischen Analyse hat Verf. insbesondere die *Freud*sche Methode herangezogen. (*Hübner*-Bonn.)

Frankhauser (85) kommt hier auf seine frühere Einteilung der Dementia praecox-Fälle zurück (Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 5) und entnimmt der *Urstein*schen Arbeit Krankengeschichten als Paradigma für seine eigene Arbeit. Ob es sich bei *Urstein* in allen Fällen um Dementia praecox handelt, möchte *F.* dahingestellt sein lassen. Eine subtilere Einteilung in Unterabteilungen hält *F.* für wichtig, da sie uns erlaubt, die einzelnen Komponenten besser zu erkennen und auseinander zu halten.

Hollaender (113) berichtet über sechs Fälle von Dementia praecox bei Kindern im Alter von 8—14 Jahren. um zu beweisen, daß es eine Dementia praecocissima gibt. Die Krankheit der Kinder unterscheidet sich nicht wesentlich von den Fällen des späteren Lebensalters. Die paranoide Form ist selten. Prognose sehr ungünstig. Erblichkeit und angeborene Geistesschwäche begünstigen das Vorkommen der Krankheit. *H.* plädiert für Trennung dieser Kinder von erwachsenen Geisteskranken, sie gehören in Spezialabteilungen.

Jelliffe (121) geht von der Annahme aus, daß wir in der Dementia praecox, was den einzelnen Fall anbetrifft, nur einen Ausschnitt eines chronischen Prozesses vor uns haben. Man muß deshalb bei jedem Kranken ganz genau das Vorleben untersuchen, und wird dann konstatieren, daß er bereits als Kind allerlei Symptome zeigte, die als Vorläufer oder Beginn der späteren Erkrankung aufzufassen sind. Dahin würden allerlei Unarten gehören, Schwankungen des Gemütslebens, Menschenscheu usw. Kommen dazu noch erbliche Belastung, Degenerationszeichen u. dgl., so hat man allen Grund, mit dem Kinde vorsichtig umzugehen, namentlich in den Zeiten, wo dem Gehirn größere Aufgaben gestellt werden.

Itten (125) hat bei seinen Versuchen Heilung oder dauernde Besserung in keinem Falle erreicht. Er schließt: die künstliche Erregung der Hyperthermie und Leukozytose durch Einspritzung von Na nucleinicum-Lösung ist nicht imstande, die Schizophrenie (Dementia praecox) zu heilen oder zu bessern.

Kerner (138) benutzte das Material der Pflegeanstalt Rheinau, wo in den Jahren 1867—1909 unter 3692 Aufnahmen 1559 an Dementia praecox Leidende waren. Die Sterblichkeit an den verschiedenen Formen von Tuberkulose war ziemlich genau gleich der in der umgebenden Bevölkerung. Der Schluß lautet: die Mortalität der chronischen pflegeanstaltsbedürftigen Fälle der Dementia praecox ist durchgehend etwas größer als die der allgemeinen Bevölkerung der gleichen Altersstufe.

Klehmet (141) bringt hier eine sehr interessante Krankengeschichte eines Imbezillen, der während seiner Militärzeit an Hebephrenie erkrankte, und dabei Linkshänder und Linksfüßer wird, übrigens eine Eigenschaft, die in seiner Aszendenz bereits wiederholt beobachtet wurde. *K.* möchte das Vorkommen in diesem Fall als Teilerscheinung des auch auf anderen Gebieten bestehenden Negativismus erklären.

Klewe (145) berichtet kurz, daß in der Anstalt Emmendingen in drei Jahren 15 Fälle von Osteomalacie beobachtet wurden, alles weibliche Kranke in fortgeschrittenem Stadium der Dementia praecox, wo die Osteomalacie erst lange nach Beginn der Psychose auftrat, sodaß ein Zusammenhang mit den Generationsvorgängen (*Curschmann*) sicher ausgeschlossen war. *Klewe* möchte auch an eine gemeinsame Krankheitswurzel denken, so an die innere Sekretion.

Verf. (169) berichten über ihre an 40 Dementia praecox-Kranken angestellten Versuche, wonach sich der Puls dieser Kranken nicht wesentlich von dem der normalen Menschen unterscheidet.

Markus (176) hat Assoziationsversuche bei Dementia praecox-Kranken in der Greifswalder Klinik und in der Anstalt Ueckermünde gemacht. Von jedem Kranken wurden 100 Reaktionen aufgenommen. Der Versuchsperson wurden Worte eines bestimmten Reizwortschemas zugerufen. Die Zeitmessung geschah mit der Fünftelsekundenuhr. Der ausführliche Bericht muß im Original nachgelesen werden. Die große Mannigfaltigkeit, die einem bei den Assoziationen der Praecox-Kranken begegnet, rührt daher, daß wir bei der Dementia praecox mit einem Konglomerat verschiedener Krankheitszustände zu tun haben. Durch das Assoziationsexperiment erhalten wir in den meisten Fällen auch nicht mehr als ein Abbild eines augenblicklichen Zustandes. So erkennen wir z. B. einen manischen Erregungszustand oder einen Depressionszustand bei einem Paralytiker, einem Zirkulären, einem Praecox-Kranken. Hat die einzelne Psychose spezifische Symptome, so können wir erwarten, daß sie sich auch in den Assoziationen wiederspiegeln. Die Dementia praecox hat kein spezifisches Symptom, das immer in jedem Fall und von Anfang bis Ende vorhanden wäre. Charakteristisch ist für sie die Aufmerksamkeitsstörung ohne psychomotorische Erregung. Dafür ist das Assoziationsexperiment ein feineres Reagenz als die klinische Beobachtung. Umgekehrt ist es bei den anderen Symptomen. Das Experiment leistet noch gute Dienste im Beginn der Sprachverwirrtheit; durch das Experiment kann man sie schon früher als durch die Unterhaltung nachweisen. Das Wesen der Sprachverwirrtheit wird durch das Experiment nicht ergründet. Über das Wesen der Stereotypie, Iterativerscheinungen und das Auftreten der sogenannten losgelösten Gedankenreihen gibt das Experiment keinen Aufschluß. Eine Differenzierung der Hebephremie, Katatonie und Dem. paranoides den Assoziationen nach war nicht möglich. Alles in allem muß man sagen, daß der Wert des Assoziationsexperimentes in diagnostischer und psychologischer Hinsicht bei seiner Anwendung bei der Dementia praecox ein recht bedingter ist, und daß wir unsere Erwartungen nach neuen Errungenschaften mit ihm auf dem Gebiete dieser Psychose nicht zu hoch halten dürfen.

Die Monographie von *Pascal* (204) gibt in gedrungener Form einen Überblick über die Dementia praecox in psychologischer, klinischer usw. Hinsicht. Gerade die Hälfte des Buches beschäftigt sich mit der Psychologie der einzelnen geistigen Störungen. Der klinische Teil ist etwas kurz ausgefallen, enthält aber das Wichtigste. P. rät zu einer Opotherapie, namentlich im Anfange und auf der Höhe der Erkrankung. Man soll die verschiedenen Drüsen nacheinander zur Anwendung bringen, natürlich unter ständiger Aufsicht. Sobald die akuten Krankheitssymptome geschwunden sind, muß die Arbeit beginnen, um der Verblödung entgegen zu treten. *P.* warnt davor, erblich schwer Belastete ins Militär einzustellen. Auch soll man sie während der Pubertätsjahre dauernd beaufsichtigen und sie event. von angestrengten geistigen Arbeiten entbinden.

Mikulski (187) berichtet über einen 40jährigen Kranken, der durch seine Amme Lues acquirierte, schon als Kind viel mit dem Kopfe zu tun hatte, und seit dem 16. Lebensjahre an Dementia praecox leidet. Seit acht Jahren besteht Akromegalie. Vergrößerung des Unterkiefers, der Nase, der Lippen und Zunge. Die Extremitäten sind frei geblieben. *M.* möchte Bedenken tragen, ein nur zufälliges Zusammentreffen von Psychose und Akromegalie anzunehmen.

Rinne (233) bietet hier eine ausführliche historisch-medizinische Übersicht über das Jugendirresein.

Rittershaus (234) zeigt an 50 Fällen von Dementia praecox der hebephrenen und katatonen Formen, wo die eigentliche Psychose nach der Pubertät zum Ausbruch kam, — daß, wie *Bleuler* behauptet, in einer großen Zahl der Fälle, bei *Rittershaus* in 75% der Fälle, schon vor der Pubertät, im Kindesalter allerlei Absonderlichkeiten beobachtet werden. In 3 Fällen kam es zu einer früheren Pubertätsentwicklung (*Ziehen*). Demnach würde man der Pubertät in der Ätiologie der Dementia praecox nur eine mehr auslösende Wirkung zuschreiben dürfen. Die Fälle von Dementia infantilis würden zur Dementia praecox zuzurechnen sein. Die sogen. Pfropfhebephrenie ist wahrscheinlich häufiger als man gewöhnlich anzunehmen pflegt. Das Problem der Pfropfhebephrenie kann erst gelöst werden nach einer gründlichen Errorschung der Idiotie. Eine Differentialdiagnose zwischen den nervösen, psychopathischen Kindern und den Dementia praecox-Kandidaten ist oft nicht möglich. Man müßte mal festzustellen suchen, wieviel von den Besuchern der Hilfsschulen sich später als Dementia praecox-Kranke erweisen. Nicht weniger interessant ist die Frage, wieviel von den vor das Jugendgericht Zitierten später an Dementia praecox erkranken.

Schmid (263) benutzt das Material von Cery, der einzigen Irrenanstalt des Kanton Waadt. 1901—1910 waren unter den Aufnahmen 31% Dementia praecox-Kranke. Nach den schriftlich erhaltenen Katamnesen waren 16,2% der Entlassenen genesen, Heilung mit Defekt 15,5%. *Schmid* fand aber dann bei persönlicher mündlicher Untersuchung bei 36,7% der als geheilt Angegebenen noch deutliche Zeichen der Geisteskrankheit. Bei 43 Fällen konnte *Schmid* pathologische Symptome nicht mehr nachweisen. Diese Fälle teilt nun *Sch.* in drei Gruppen: die eine muß nachträglich zum manisch-depressiven Irresein gerechnet werden. Bei der zweiten Gruppe muß entweder eine andere oder keine sichere Diagnose gestellt werden.

Für die dritte Gruppe findet *Sch.* gemeinsame charakteristische Symptome. Es sind 22 Fälle. Sie will *Sch.* von der Dementia praecox, d. h. Katatonie, abtrennen. Die Krankengeschichten fügt er bei. Diese Zustandsbilder zeigen Ähnlichkeit mit der akuten Verwirrtheit. Sie zeigen eine plötzlich hereinbrechende Trübung des Bewußtseins und Unfähigkeit der Orientierung. Diese Bewußtseinstrübung besteht fort nach Ablauf der akuten Symptome, die Wahnideen werden lange nicht korrigiert. Während der Krankheit häufig lucida intervalla. Konstant finden die Kranken in ihrer Umgebung Verwandte oder Bekannte. Illusionen sind massenhaft, Halluzinationen seltener.

Sch. spricht dann über die Verwirrtheit als Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins, die Abgrenzung der Verwirrtheitszustände von der Katatonie, über geheilte Dementia praecox-Fälle, die zum manisch-depressiven Irresein gehören. Den Schluß machen geheilte Dementia praecox-Fälle mit anderer Diagnose. — *Sch.* stimmt *Kraepelin* bei, wenn er sagt: „Die Behauptung, daß die Dementia praecox in wissenschaftlichem Sinne heilbar sei, halte ich für verfrüht." Er rät dringend, alle Kranken vor ihrer Entlassung aus der Anstalt noch einer genauen Untersuchung zu unterziehen.

Schroeder (264). In einem Fall von Dementia praecox katatoner Form, der im Alter von 45 Jahren starb, fand *Schröder* einzelne Purkinjezellen außer der Reihe liegend und fast in jedem Präparat eine oder mehrere Purkinjezellen mit zwei Kernen. Dreikernige oder syncytiale Formen sah er nicht. Die gleichen Veränderungen, wenn auch in spärlicher Zahl, fand *S.* bei einem weiteren Fall von Dementia praecox und viel zahlreicher in einem Fall von periodischer Manie mit schwerer erblicher Belastung.

S. glaubt, daß seine Befunde geeignet sind, in der Frage nach der Ätiologie der Dementia praecox, wie nach dem anatomischen Substrat degenerativer Veranlagung einen kleinen Fingerzeig zu geben, und möchte sie auffassen als Entwicklungsstörung im Sinne der Fixierung einer früheren Entwicklungsstufe, somit als ein Kennzeichen der degenerativen Disposition. (*Sioli*-Bonn.)

Soukhanoff (272) knüpft große Hoffnungen an die Beobachtung von *Klutscheff*-in Petersburg, wonach in den 60 Fällen von Dementia praecox bei 40,60% Syphilis nachweisbar war, teils angeboren, teils erworben. Nach einer anderen Angabe sei in 25% bei Dementia praecox *Wassermann* positiv.

Timofejew (287) teilt einige Krankengeschichten mit, in denen die akut entstehende Psychose alle Anzeichen des akuten initialen Stadiums der progressiven Paralyse trug. Die Ähnlichkeit bezog sich sowohl auf die somatischen Erscheinungen (Pupillarungleichheit, Tremor, Sprachstörungen, Steigerung der Reflexe), als auf die psychischen Veränderungen (Oberflächlichkeit der Urteile, Demenz, Größenwahn- und hypochondrische Ideen). Die auf Grund dieser Erscheinungen gestellte Diagnose der Paralyse mußte aber geändert werden, als der stationäre Charakter der Erkrankung deutlich wurde, die pathologischen Erscheinungen nicht nur nicht im Zunehmen, sondern eher im Abnehmen begriffen waren, und als sich durch den ganzen Verlauf der Krankheit herausstellte, daß es sich um Dementia praecox handelte.



T. ist anzunehmen geneigt, daß es sich in den Fällen der progressiven Paralyse, von denen in der Literatur berichtet wird, daß sie sehr viele Jahre dauerten oder gar mit Genesung endeten, um solche Krankheiten, wie die von ihm beschriebenen handelt. Da diese Fälle sowohl theoretisches als praktisches Interesse bieten, schlägt *T.* vor, sie mit einem besonderen Namen „Dementia praecox pseudoparalytica" zu bezeichnen. (*Fleischmann*-Kiew.)

d) Sonstiges.

Bornstein (26) kommt zu dem Schlusse, daß es keine selbstständige Degenerationspsychose gibt. Bei Individuen, die erblich belastet sind, können akut und chronisch psychotische Zustände auftreten, welche gewisse besondere Merkmale aufweisen. Ihre Besonderheit besteht vor allem darin, daß sie nicht eine Verschlimmerung des gewöhnlichen Zustandes bei solchen Individuen darstellen, und in sich die in der Seele solcher Individuen präformierten Elemente enthalten. Bei Hysterischen treten am häufigsten Dämmerzustände auf, in der konstitutionellen Erregung — ein manischer Zustand, in der Pseudologia phantastica — eine paranoide Form mit phantastischen Wahnideen, bei Individuen mit angeborener Zweifelsucht andere paranoide Zustände.

Sie besitzen ferner dieses gemeinsame Merkmal, daß sie sich häufig bei einem und demselben Individuum kombinieren, wobei dieser oder jener psychotische Zustand vorherrschen kann, je nachdem, welche psychische Eigenschaften bei den Individuen im gewöhnlichen Zustand prävalieren.

Alle diese psychotischen Zustände haben meist eine Tendenz, in kürzerer oder längerer Zeit zu schwinden, ohne einen sekundären Schwachsinn nach sich zu ziehen. Einige von diesen psychotischen Zuständen, wie gewisse Typen hysterischer Dämmerzustände (der *Ganser*sche Komplex) und gewisse paranoide Formen, zeigen eine Tendenz, besonders häufig unter dem Einfluß der Gefängnisatmosphäre, hervorzutreten, doch kommen sie auch in den alltäglichen Lebensumständen vor.

Psychotische Zustände bei Degenerativen stellen im allgemeinen nur eine krankhafte Reaktion solcher Individuen auf ungünstige Lebensbedingungen dar, und sind streng von denselben abhängig.

Auf Grund obiger Merkmale wolle man sie von anderen psychischen Störungen unterscheiden, und zwar von solchen, welche bei erblich nicht belasteten Menschen im Verlauf der organischen (wie die Dementia praecox) auftreten und sogar solcher funktioneller Psychosen, wie das manisch-depressive Irresein oder die Paranoia chronica. Diese letzteren bilden gewissermaßen die letzten Ketten der langen Reihe degenerativ-psychotischer Zustände.

Damaye (44) bringt genaue Blutuntersuchungen bei einer melancholischen Tuberkulösen. Mit der Besserung des Zustandes erschienen auch die eosinophilen Zellen wieder.

Davidenkow (50) beobachtete scharf ausgeprägte Echolalie und Perseveration (Haftenbleiben) bei einem mäßig dementen Manne (wohl die *Alzheimer*sche Form der senilen Demenz). Spontan konnte der Kranke fast gar nichts sprechen. Er beantwortete aber an ihn gerichtete Fragen, wobei die Echolalie und das Haftenbleiben stets zum Vorschein kamen. Bei der Autopsie wurde neben einer Pachy-



meningitis cervicalis hypertrophica scharf ausgesprochene Atrophie der Stirn-lappen — namentlich des vorderen Pols — gefunden. Verf. tritt gegen die Behauptung auf, daß die Echolalie und Perseveration dem Grade der Demenz der Patienten entsprechen. In seinem Falle führt er diese Symptome auf die durch die Atrophie der Stirnlappen bedingte Störung der Assoziationstätigkeit zurück, die eine Hyperreflexie der kortikalen Sprachbahn S-M (des *Lichtheim-Wernicke*schen Schemas) hervorruft. Die „akustischen Spuren", die bei Erhaltung der spontanen Sprache durch neue Assoziationen verdrängt werden, finden in solchen Fällen wie dem geschilderten ganz besonders günstige Bedingungen zum Haftenbleiben. Der Fall gibt dem Verf. Veranlassung, einige Momente zusammenzustellen, die für besondere psychische Funktionen der Stirnlappen sprechen. (*Fleischmann*-Kiew.)

Frankhauser-Stephansfeld (84) verfügt über 40 Fälle von Geschwisterpsychosen, welche er hier vorführt, nachdem er zunächst seinen diagnostischen Standpunkt ausführlich dargelegt und eine neue Einteilung der Dementia praecox und des manisch-depressiven Irreseins in Unterabteilungen gemacht hat, je nachdem der Krankheitsprozeß lokalisiert ist. Er kommt z. B. zu einem manisch-depressiven Irresein des Gefühls, des Willens, des Verstandes. Das weitere muß im Original selsbt nachgelesen werden. Die katatonen Störungen hält *F.* v. *Urstein* als entscheidend für die Diagnose Dementia praecox im Gegensatz zum manisch-depressiven Irresein.

Bei *F*'s Geschwisterpsychosen handelt es sich durchweg um ähnlich verlaufende Psychosen; Geschwisterpsychosen sind gleichartig. Es kann als Gesetz gelten, daß bei der psychischen Erkrankung beider Linien der Aszendenz die eine derselben den krankmachenden Einfluß der anderen eliminiert, wobei sie sich auch gegenseitig unschädlich machen können. Bei den 40 Krankengeschichten handelt es sich in 28 Fällen um Dementia praecox. Die Ursache der Erkrankung (Dem. praecox) ist in einer ererbten Disposition irgendwelcher, wie auch immer lokalisierten Teile des Gehirns zu suchen. In 6 Fällen bestand manisch-depressives Irresein. Die erbliche Dispostion zu manisch- depressivem Irresein schließt die zu Dementia praecox aus und umgekehrt. — Die letzte Gruppe, die Geschwisterpsychose des Rückbildungsalters, umfaßt ebenfalls 6 Fälle, die betreffenden Kranken waren 45—56 Jahre alt. In dem einen Falle paarte sich eine Spätmelancholie mit einer paranoid-katatonen Spätdemenz, was für die innere Verwandtschaft der Rückbildungsmelancholie mit den übrigen Rückbildungspsychosen und gegen eine solche mit dem manisch-depressiven Irresein spricht. Spät- und Frühdemenz stehen sich nahe, sind aber verschiedene Krankheitsformen. Die Disposition zu der einen Erkrankung scheint die zu der andern auszuschließen. Unter den 40 Geschwisterpsychosen sind bei 17 beide Geschlechter vertreten, bei 23 nur eins, unter letzteren bei 4 das männliche, bei 19 das weibliche. Das weibliche Geschlecht ist ja überhaupt empfänglicher für die erbliche Übertragung von Krankheitsanlagen. In 7 Fällen waren 3 Geschwister erkrankt, und zwar immer nur ein Geschlecht. Bei Heredität von seiten des Vaters sind mehr die Töchter, von seiten der Mutter mehr die Söhne gefährdet. Der Einfluß des Vaters scheint im allgemeinen bei der Vererbung mächtiger zu wirken. Die jüngeren Geschwister erkranken meist früher als die älteren. Je älter die Eltern, desto schwerer die Belastung.

Heinickes (107) Zuchthausgefangene, jetzt 68 Jahre alt, von denen sie 3 Jahre in Strafanstalten zubrachte, erkrankte an Halluzinationen, Verfolgungsieen, Größenwahn, Begnadigungsideen. Unter Zunahme des geistigen Verfalls itspricht das Bild mehr und mehr dem senilen Verfolgungswahn. Nach *Heinicke* t dies der erste Fall von Begnadigungswahn bei einer Frau. Mit *Rüdin* glaubt I., daß der Begnadigungswahn eine senile Psychose ist und Anspruch auf besonere Klassifizierung hat.

Jollys (123) sehr ausführliche Verarbeitung von 79 Fällen, bei denen der Beginn der Erkrankung über 10 Jahre zurücklag, eignet sich nicht zu einem kurzen Referat.

Loewe (163) fand eine Vermehrung des Harndialysates außer bei Epilepsie auch in Fällen von Katatonie und Hebephrenie. Eine dieser Dialysatvermehrung entsprechende Steigerung in der Ausscheidung kolloidalen Phosphors fand sich bisher nicht. Das Harndialysat bei Katatonie und Dementia paranoides besitzt eine hohe Toxizität, welche sich wesentlich von der des Epileptikerdialysats unterscheidet. Seine Wirkung äußert sich nie in epileptiformen Erscheinungen.

Münzer (189): Die Puerperalpsychosen bilden bisher keine selbständige Krankheitsgruppe; es muß noch erforscht werden, welche spezifische mit dem Ablauf der Generationsvorgänge verknüpfte Noxe die Entstehung der Puerperalpsychose bedingt. Der Erschöpfung möchte *M.* keinen dominierenden Einfluß bei der Ätiologie der Puerperalpsychosen einräumen. Daß es sich um eine Intoxikation des Gesamtorganismus handelt, darf man vermuten. *M.* weist dann auf die bisher allerdings nur hypothetische innere Sekretion des Uterus hin. Die toxische innere Sekretion (*Fellner* und *Schickele*) muß nach *M.* in der Gravidität gewaltig anwachsen und auch das Gehirn alterieren, wodurch die Schwangerschaftspsychose entsteht. Im Wochenbett, wo der enorm vergrößerte Uterus sich in kurzen Zeiträumen zur Norm zurückbildet, geraten nun toxische Produkte in übergroßen Quantitäten in die Blutbahn, daher der Ausbruch der Puerperalpsychosen, daher auch die Erscheinung, daß viel mehr Puerperal- als Graviditätspsychosen beobachtet werden. Zwischen Psychose und Generationsgeschäft muß ein spezifischer Zusammenhang bestehen. Dies mag vielleicht in einer verstärkten inneren Sekretion toxischer Uterusprodukte begründet sein.

Pelz (207) will Adalin auch bei Angstzuständen mit Erfolg angewandt haben.

Rémond und *Voivenel* (230) erzielten im ganzen gute Resultate mit Pantopon, namentlich bei Angstzuständen melancholischer Art.

Salin und *Azémar* (259) empfehlen Pantopon bei akuten Geistesstörungen, namentlich bei ängstlichen Psychosen, Delirium tremens. Keine üblen Nebenerscheinungen.

Sommer (271) will die meisten Krankheitszustände mit dominierendem, hypochondrischem Symptomenkomplex nicht als selbständige Krankheitsform auffassen, — will aber einer kleinen Gruppe derartiger Fälle unter der Bezeichnung Hypochondrie eine gewisse nosologische Selbständigkeit einräumen. Fälle mit sog. neurasthenischen Symptomen im jugendlichen Alter gehören nicht hierher. *S.* will unter Neurasthenie nur die erworbene Nervosität verstanden



wissen. Neurasthenie hat nur selten hypochondrische Symptome. Ein weiterer Teil der Hypochondrie gehört zu den Depressionszuständen des manisch-depressiven Irreseins. In anderen Fällen handelt es sich um Paralyse, Dementia senilis, Arteriosklerose und Katatonie.

Sommer bringt dann zwei Krankengeschichten, welche an die beiden Fälle von *Reiß* (in „Konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein") erinnern, und sucht zu beweisen, daß sie nicht den anderen Psychosen zugerechnet werden können. Er schließt demnach, daß man das Recht hat, eine bestimmte Gruppe von Krankheitsfällen unter der Bezeichung Hypochondrie als Krankheitsart zusammenzufassen und ihr eine gewisse nosologische Selbständigkeit einzuräumen. Sie gehört der Gruppe der psychogenen Krankheitsform als eine wohlcharakterisierte Unterform an. *S.* möchte für die jüngeren Lebensjahre die leichtere Unterform, in der hypochondrischen Psychose des höheren Lebensalters die schwerere Unterform der Hypochondrie erkennen.

Ziveri (311) hält es an der Hand eines hier beigebrachten Krankheitsfalles nicht für richtig, die vier Formen von Amentia *Kräpelins* beizubehalten, weil unter Umständen derselbe Kranke mehrere Formen aufweist.

6. Neurosen und Schilddrüsenerkrankungen.

Ref. L. W. Weber-Chemnitz.

0. *Abraham,* Giovanni Segantini, ein psychologischer Versuch. Schr. z. angew. Seelenk. (S. 225*.)
1. *Adler, A.* (Wien), Syphilidophobie. (S. 227*.)
2. *Adler, O.* (Berlin), Die mangelhafte Geschlechtsempfindung des Weibes. II. verm. u. verbess. Aufl. 231 S. 6 M. Fischers med. Buchhandlg. — H. Kornfeld.
3. *Adler, A.* (Wien), Über männliche Einstellung bei weiblichen Neurotikern.
4. *Adler, A.* (Wien), Beitrag zur Lehre vom Widerstand. Zentralbl. f. Psychoanal. Jahrg. I, H. 5—6, S. 214. (S. 224*.)

4a. *Alexander, W.,* Ein ungewöhnlicher Fall vom Reflexepilepsie Berl. klin. Wochenschr. (S. 213*.)

4b. *Allers, R.,* Zur Theorie der postepileptischen Albuminurie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. (S. 215*.)

5. *Assagioli, R.,* Transformazione e sublimazione delle energie sessuali. Revist. d. psicologia applicata, Jahrg. 7, no. 3, p. 228. (S. 211*.)
6. *Aswadurow, Chr.,* Über die Sympathikussymptome bei der Migräne, insbesondere über die Anisokorie. Wien. klin. Rdsch. Nr. 40, S. 629. (S. 230*.)
7. *Aswadurow, Chr.,* Über die Sympathikussymptome bei der Migräne, insbesondere über die Anisokorie. Inaug.-Diss. Berlin. (S. 230*.)
8. *Aub, H.* (München), Hysterie des Mannes. München 1911, E. Reinhardt. (S. 231*.)
9. *Babinski,* Des signes permettant le diagnostic différentiel entre les affections nerveuses hystériques et organiques. La clinique no. 35 (1. Sept.), p. 550.



10. *Barth, Felix*, Injektions- und Infiltrationstherapie der Ischias. Ztschr. f. physik. Ther. Bd. 35. (S. 228*.)

11. *Basedow*sche Krankheit, Umfrage über die chirurgische Behandlung derselben. Med. Klin. Nr. 39, 40, 41.

12. *Bauer, J.* (Wien), Neuere Untersuchungen über die Beziehungen einiger Blutdrüsen zu Erkrankungen des Nervensystems. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref. u. Ergeb., Bd. III, H. 3, S. 193.

13. *Baugh, L. D. H.* (Glasgow), Observations on indoxyl in the urine of epileptics: a preliminary contribution on epileptic metabolism. Journ. of ment. science no. 237, vol. 57, p. 312.

14. *Beaussart. P.*, Le service militaire des dégénérés et débiles moraux. Ann. médico-psycholog. 69, II, 99. Ref.: Alzheimer Referate Bd. 3, H. 9, S. 869.

15. *v. Bechterew, W.*, Sur les rapports existants entre maladies nerveuses et mentales. Arch. internat. de neurol. 33 ann. no. 1, p. 1.

16. *Becker, E.*, Die Differentialdiagnose zwischen dem Tremor der Hysterie und dem Tremor bei Paralysis agitans. Inaug.-Diss. Berlin. 120 S. 1,80 M. Berlin, E. Ebering.

17. *Becker, Th.* (Metz), Über hysterische Pseudoaphasie. Deutsch. med. Wschr. Nr. 19, S. 875. (S. 232*.)

18. *Becker, Th.* (Metz), Über Hysterie. Deutsch. militärärztl. Ztschr. H. 4.

19. *Bellini, G.*, Ipertermia iperidrosi e poliuria caratteristiche di equivalente eppilettici in sogetto psicopatico degenerato. Ann. d. freniatr. e scienze affini 21, fasc. 1, p. 1.

20. *Benon, M. R.*, Crises épileptiques atypiques. Gaz. des hôp. no. 31, p. 464. Ref. Deutsch. med. Wschr. Nr. 21, S. 995. (S. 214*.)

21. *Benon, M. R.*, L'asthéno-manie post-epileptique. Gaz. d. hôp. no. 45, p. 683. Ref. Deutsch. med. Wschr. Nr. 21, S. 995. u. Neurol. Zentralbl. Nr. 11, S. 620. (S. 216*.)

22. *Bergmann, W.* (Cleve), Selbstbefreiung aus nervösen Leiden. Freiburg i. Br., Herdersche Verlagsbuchh. 295 S. 3,50 M. (S. 230*.)

22a. *Berger, Fritz*, Epileptische Krämpfe infolge von Appendicitis. Mediz. Klin. (S. 214*.)

23. *Berndt, Fr.* (Stralsund), Epileptische Krämpfe infolge Appendizitis. Med. Klinik. Nr. 18, S. 697.

24. *Bernhardt, M.* (Berlin), Basedowsche Krankheit und Augenmuskellähmung. Neurol. Zentralbl. Nr. 13. Ref. Deutsch. med. Wschr. Nr. 28, S. 1324.

25. *Bernheim*, Révision du chapitre des névroses. Des psychonévroses. L'encéphale no. 7 (10. Juli), p. 1.

26. *Bernheim* (Nancy), Über Influenza-Neurasthenie. Revue de méd. no. 9. Ref. Berl. klin. Wschr. Nr. 42, S. 1898.

27. v. *Bialy, K.*, Über morbus Basedowii mit Thymus persistens. Inaug.-Diss. Greifswald.

28. *Bianchini, M. L.*, Le epilessie mestruali. Il Manicomio Bd. XXV, no. 1—2. Ref. Neurol. Zentralbl. Nr. 11, S. 617.

29. *Bianchi, V.*, L'influenza dell' alcool sui moi movimenti del cervello. Contributo alla etiologia della Epilessia. Ann. d. nevrol. 29 ann., fasc. 3, p. 83.

30. *Bleuler, E.*, u. *Freud, S.*, *Jung, C.*, Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen. Bd. III, I. Hälfte. 480 S. 10 M. Leipzig u. Wien, Fr. Deuticke. (S. 227*.)

31. *Bleuler, E.*, Die Psychanalyse Freuds. Verteidigung und kritische Bemerkungen. 111 S. 2,50 M. Leipzig u. Wien, Fr. Deuticke. (S. 224*.)

32. v. *Bókay, J.* (Budapest), Salvarsan gegen Chorea minor. Orvosi Hetilap no. 5. Ref. Deutsch. med. Wschr. Nr. 15, S. 707.

33. v. *Bokay*, Erfolgreiche Behandlung von Chorea minor mit Salvarsan. Deutsch. med. Wschr. Ref. Alzheimer Referat Bd. III, H. 1, S. 84.

34. *Bonhöffer*, Demonstration eines Kranken mit juveniler Paralysis agitans. Berl. klin. Wschr. Nr. 27. (S. 223*.)

34a. *Bonhöffer*, Differentialdiagnose der Neurasthenie und der endogenen Depression. Berl. klin. Wochenschr. (S. 227*.)



34b. *Booth, D.* Hysteria with especial reference to diagnosis. Thegener. prastitiones. (S. 232*.)

35. *Bossi, L. M.* (Genua), Ein typischer Fall von hysterischer Lähmung infolge Eierstocks- und Uterusläsionen. Gynäkolog. Rdsch. Jahrg. V, H. 22. Ref. Münch. med. Wschr. 1912, Nr. 2, S. 102.

36. *Bossi, L. M.*, Chorea genitalen Ursprungs. Zentralbl. f. Gynäkol. Nr. 49. Ref. Berl. klin. Wschr. 1912, Nr. 2, S. 81.

37. *Bourilhet* et *Manceau, P.* (Villejuif), Le „bromovose", comme agent thérapeutique et sédatif dans les affections nerveuses. Arch. intern. de neurol. vol. I, 9. série. no. 5, p. 328.

38. *Bratz, E.* (Dalldorf), Die affektepileptischen Anfälle der Neuropathen und Psychopathen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 29, H. 1—2. (S. 213*.)

39. *v. Bremen*, Ischias und physikalische Therapie. Ztschr. f. physik. und diät. Therap. Bd. 35. (S. 228*.)

40. *Bregman, L. E.* (Warschau), Diagnostik der Nervenkrankheiten. 535 S. 12 M. Berlin, S. Karger.

41. *Bregman*, Sehnenreflexe bei Chorea minor. Neurol. Zentralbl. Nr. 22.

42. *Bumke, O.* (Freiburg i. Br.), Über eine der myotonischen ähnliche, familiär auftretende Form von Intentionskrämpfen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 4, H. 5, S. 645. (S. 215*.)

43. *Buettner*, Ein dem „Beinphänomen" der echten Tetanie in seinem klinischen Aussehen gleichendes, vielleicht richtiger als „Pseudo-Beinphänomen" zu bezeichnendes Symptom in einem Falle von Pseudotetania hysterica. Wien. klin. Wschr. Nr. 5. (S. 212*.)

44. *Bunnemann, O.* (Ballenstedt), Gedanken zum letzten Neurologentage. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 6, H. 4, S. 438. (S. 224*.)

45. *Butler, G. F.* (Chicago), Hysteria. The alien. and neurolog. vol. 32, no. 3, p. 383.

46. *Bychowski, Z.* (Warschau), Die differentielle Diagnose der Hysterie

und verwandter organischer Nervenkrankheiten. Wien. klin. Wschr. Nr. 2. (S. 232*.)

47. *Capelle, W.*, u. *Bayer, R.*, Thyrektomie bei Morbus Basedowii. Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. 72, H. 1. Ref. Berl. klin. Wschr. Nr. 12, S. 540.

48. *Cecikas*, Basedowsche Krankheit. Wien. med. Wschr. Nr. 35. Ref. Deutsch. med. Wschr. Nr. 37, S. 1703.

49. *Charpentier* et *Jabouille*, Nanisme myxodémateux. Absence de corps Ahyroïde et d'hypophyse. Examen du squelette. L'encéphale no. 7, p. 41.

50. *Chartier, M.*, Épilepsie avec bradycardie paroxystique, d'origine cérébrale. L'encéphale p. 177. Ref. Alzheimer Referate Bd. III, H. 3, S. 260.

51. *Claude, M.*, Équivalents épileptiques. Journ. de méd. et de chirurg. pratiques.

52. *Claude* et *Lejoune*, Pathogénie des crises épil. Epilepsia. II, fasc. 1.

53. *Collins, M. A.* (Epsom, Surrey), Causes of Sudden Death in Epilepsy and Scrue Prints in the Treatment of Epilepsy. Journ. of ment. science p. 635. (S. 217*.)

54. *Cornelius, A.* (Berlin), Die Beziehungen der Nervenpunktlehre zur Balneologie. Med. Klin. Nr. 35, S. 1354.

55. *Couchoud, P. L.*, L'asthénie primitive. 130 p. Paris, Alcan.

56. *Crile*, Morbus Basedowii. Journ. of amer. assoc. Ref. Deutsch. med. Wschr. Nr. 14, S. 660.

57. *v. Cyon*, Methodologische Aufklärungen zur Physiologie der Schilddrüse. Pflügers Arch. f. d. ges. Physiologie des Menschen u. d. Tiere. Bd. 138, H. 12.

58. *Damaye, H.* (Bailleul), Étude d'une épileptique en état d'obnubilation prédémontielle. Revue de psychiatrie, 15. Juin. (S. 215*.)

59. *Davenport, C.* and *Weeks, D.* (Shillmann, New Yersey), A first study of inheritance of epilepsy. The journ. of Nervous and mental disease no. 11, p. 641. (S. 212*.)

60. *Davidenkoff, Serge*, Syndrome catatonique nettement amélioré à la suite d'une strumectomie. L'encéphale no. 8, p. 97.



61. *Déjerine* et *Gauckler* (Paris), Les Manifestations Fonctionnelles des Psychonévroses, leur Traitement par la Psychothérapie.

62. *Déjerine*, Clinique des maladies du système nerveux. Archives intern. de neurol., Juin; 33e ann., vol. I, 9 série, p. 341.

63. *Donath*, *J.* (Budapest), Psychotherapeutische Richtungen. Med. Klin. Nr. 43. (S. 230*.)

64. *Donley*, *J.*, Frend's anxiety neurosis. The journ. of abnormal psychology 1911, no. 6, p. 126.

65. *Dornblüth*, *Otto* (Wiesbaden), Die Psychoneurosen. Neurasthenie, Hysterie und Psychasthenie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 10 M. Leipzig, Veit u. Co. (S. 223*.)

66. *Dreuw* (Berlin), Die Verwendung der Wasserdruckmassage in der Gynäkologie, Odontologie, Rhinologie, Otologie, Neurologie, internen Medizin, Dermatologie und Urologie. Deutsche med. Wschr. Nr. 20. (S. 230*.)

66a. *Dserzinsky*, *W.*, Die *Koshewnikow*sche Epilepsie, Epilepsia corticalis s. partialis continua. Korsakowsches Journ. für Neuropathologie u. Psych. 1911, Bd. 1. (S. 214*.)

67. *Dubois*, *P.*, Definition der Hysterie. Schweizer Korrespbl. Nr. 19. (S. 231*.)

68. *Ducosté*, *M.*, Érections comme équivalent epileptique. Revue de psychiatrie ef de psychologie expérim. no. 5, p. 183.

69. *Ebstein*, *W.* (Göttingen), Die Epilepsie und andere Krampfformen in ihren ätiologischen Beziehungen zu den Erkrankungen der Verdauungsorgane. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 103. H. 5—6. (S. 212*.)

70. *Edinger*, *L.*, u. *Vogt*, *H.*, Nervenkrankheiten. Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. H. 5. 2,75 M. München, J. F. Lehmann.

71. *Ellis*, *H.*, Die Welt der Träume. Übersetzt von Hans Kurella. Würzburg 1911, C. Kabitzsch. (S. 226*.)

72. *Engelhorn*, *E.* (Göppingen), Nervosität und Erziehung. 45 S. 1,20 M.

73. *Ermakow*, *J.* (Moskau), Sur l'oligophasie post-comitiale. Contribution à l'étude d'un trouble particulier de la parole

après les accès épileptiques. Arch. de neurol. 33e ann., juillet, p. 14. (S. 216*.)

74. *Ermakow*, *J.*, Quelques remarques sur le vertige voltaique chez les aliénés et les hémiplégiques. Arch. intern. de neurol. vol. II, 9 série, 33e ann., no. 2, p. 78.

75. *Esmonet*, La neurasthénie rurale. Le progrès méd. no. 19, p. 236.

76. *Eulenburg*, *A.* (Berlin), Psychotherapie und medizinische Psychologie-Psychoanalyse. (Sammelreferat.) Med. Klin. Nr. 11, S. 423.

77. *Ewens*, Simulated disease occurring in persons of hysterical or neurotic temperament. British med. journ. 18. II.

78. *Fackenheim*, *S.* (Kassel), Neue Wege zur Heilung der Epilepsie. Münch. med. Wschr. Nr. 35, S. 1872. (S. 218*.)

79. *Felicine-Gurwitsch*, *L.* (St. Petersburg), Über produktive Tätigkeit bei hysterischer Halluzination. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten Bd. 48, H. 3, S. 1098.

80. *Fiedler*, *Erich*, Zur Symptomatologie der Chorea Huntington. Inaug.-Diss. Kiel.

81. *Fischer*, *Hermann* (Breslau), Die Krankheit des Apostel Paulus. 28 S. Gr.-Lichterfelde, E. Renge. (S. 216*.)

82. *Fouque*, Tentative d'homicide par impulsion épileptique chez un sujet sans accidents comitiaux antérieurs manifestes. Arch. intern. de neurol. no. 4, p. 265.

83. *Frank*, *L.* (Zürich), Die Determination physischer und psychischer Symptome im Unterbewußtsein. Korrespbl. f. Schweizer Ärzte H. 34. (S. 224*.)

84. *Freud*, *S.*, Über Psychoanalyse. II. Aufl. 1,50 M. Leipzig und Wien, F. Deuticke. (S. 224*.)

85. *Freud*, *Sigm.*, Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre aus den Jahren 1893—1906. II. unveränd. Aufl. 5 M. Leipzig u. Wien, Franz Deuticke. (S. 225*.)

86. *Freud*, *S.*, Die Traumdeutung. 3. Aufl. Leipzig u. Wien, Franz Deuticke. (S. 225*.)

87. *Friedrich*, *Walter*, Über die Behandlung des Morbus Basedowii. Inaug.-Diss. Berlin.



88. *Friedländer, A.*, Hysteria and modern psychoanalysis. Journ. of abnorm. Psychol. p. 297.

89. *Fuchs, Alfred* (Wien), Einführung in das Studium der Nervenkrankheiten. 9 M. Leipzig u. Wien, Fr. Deuticke.

90. *Gallus* (Potsdam), Die allgemeinen Ursachen der Anfallhäufungen innerhalb größerer Gruppen von Kranken. Epilepsia Bd. 3, S. 46. (S. 214*.)

91. *Garnett, H.* (Murthly), The deviation of Complement in cases of So-called Idiopathic Epilepsy. Journ. of Mental science, October, p. 676. (S. 215*.)

92. *Gara*, Ein Abdominaldrucksymptom der Ischias. Deutsch. med. Wschr. N. 16. (S. 228*.)

93. *Gara*, Über ein bisher unbekanntes pathognomonisches Symptom der Ischias. Wien. med Wschr. (S. 228*.)

94. *Gerlach, W.* (Stuttgart), Über die Ursachen der Pubertätsepilepsie. 34 S. Inaug.-Diss. Berlin. Stuttgart, A. u. W. Maurer. (S. 212*.)

95. *Geyerstam, E. af* (Gothenburg), Einiges über den Hypnotismus als therapeutisches Mittel bei Neurasthenie, Hysterie und Zwangserscheinungen. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychologie Bd. III, H. 6.

96. *Ghedini*, Experimenteller und klinischer Beitrag zur Azetonitrylreaktion mit besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose bei Morbus Basedowii. Wien. klin. Wschr. Nr. 21.

97. *Ghilarducci, F.*, Valore clinico della reazione degenerativa a distanza. Rivist. speriment. di freniatr. vol. XXXVII, p. 441 bis 455.

98. *Glaser*, Ein Fall von traumatischer Epilepsie. Wien. klin. Wschr. S. 515.

99. *Gött, Th.*, Die Krämpfe im Kindesalter. Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. (Red. v. Sarason. Verl.: J. F. Lehmann-München). H. 6, S. 23. (S. 211*.)

100. *Goldflam, S.* (Warschau), Zur Frage des Jodbasedows. Berl. klin. Wschr. Nr. 10, S. 423. (S. 233*.)

101. *Goldscheider, A.* (Berlin), Diagnostik der Krankheiten des Nervensystems. Eine Anleitung zur Untersuchung Nerven-



kranker. 288 S. 8 M. Berlin, Fischers med. Buchhdlg., H. Kornfeld.

102. *Gorn*, *Walter*, Die historische Behandlung der Frage nach der Lokalisation der genuinen Epilepsie. Inaug.-Diss. Leipzig. Juli.

103. *Gottlieb*, *R.* (Heidelberg), Experimentelles zur Theorie des Morbus Basedowii. Deutsch. med. Wschr. Nr. 47, S. 2161. (S. 232*.)

104. *Gottschalk*, *A.*, De l'influence du régime alimentaire au point de vue de la prophylaxie et de la genèse des accidents convulsifs. Arch. intern. de neurol. vol. I, 9e série, 33e ann., mars, no. 3, p. 158.

105. *Graham*, *W.* (Belfast), Psychotherapie in Mental Disorders. Journ. of ment. science, October, p. 617.

106. *Guizzetti*, *P.* e *Camisa*, *G.*, Quinto contributo all' anatomia patologica della corea infettiva, con due nuovi casi mortali. Rivist. speriment. di freniatr. vol. XXXVII, p. 266—304. (S. 220*.)

107. *Haenlein* (Berlin), Neuere Literatur über hysterische Ohrenerkrankungen. Med. Klin. 1911, Nr. 21, S. 825.

108. *Hainiss*, *G.* (Budapest), Salvarsan bei Chorea. Oroosi Hetilap 1911, Nr. 21.

109. *Hahn*, *Benno* (Marburg), Die Behandlung der Chorea minor durch Salvarsan. Deutsch. med. Wschr. 1911, Nr. 34, S. 1550.

110. *Heilig* (Straßburg), Zur Kasuistik des Paramyoklonus multiplex. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 48, H. 1, S. 178. (S. 222*.)

111. *Hell*, *Ferdinand*, Kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Huntingtonschen Chorea. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 221*.)

112. *Heinrich*, *R.* (München), Beiträge zur Diagnose und Therapie der genuinen Epilepsie. Epilepsia Bd. II, Nr. 3. (S. 218*.)

113. *Heller*, *Fr.*, Pathologie und Therapie der Epilepsie im Altertum. 32 S. Inaug.-Diss. Berlin.

114. *Hesnard*, Les complications psychiques habituelles des chorées aiguës. Arch. de méd. et pharmacie navales no. 7, p. 19.



115. *Hessel, Karl*, Ein Fall von hysterischem Fieber, verbunden mit Anurie und hysterischem Blutbrechen. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br. Mai.

116. *Hitschmann, Eduard*, Freuds Neurosenlehre. Nach ihrem gegenwärtigen Stande zusammenfassend dargestellt. 156 S. Leipzig u. Wien, Franz Deuticke.

117. *Huerta, A.* (Buenos-Aires), Tratamiento operatorio de la epilepsia esencial. Teoría en pro de la intervención precoz (craniectomía). Revist. frenopát. española anno IX, no 99, p. 65.

118. *Hughes, C. H.* (St. Louis), Preventable neuroses. The alien. and neurol. vol. 32, no. 1, p. 58.

119. *Hunt*, Epilepsy. Med. record no. 2126.

120. *Hunt*, Treatm. of epilepsy. Med. record no. 2127.

121. *Hutinel*, Heilung der Sydenhamschen Chorea. Riform med. Nr. 1.

122. *Jacobsohn, L.* (Charlottenburg), Neurotonische Reaktion. Neurolog. Zentralbl. Nr. 20. (S. 228*.)

123. *Jacobsohn, L.* (Charlottenburg), Tonische Krampfzustände an den unteren Extremitäten auf funktioneller Grundlage. Berl. klin. Wschr. Nr. 43. (S. 222*.)

124. *Janowski, Th. G.* (Kiew), Über nervöse Diarrhoë. Med. Klin. p. 1377.

125. *Ibrahim*, Pathologische Bedingungsreflexe als Grundlage neurologischer Krankheitsbilder. Neurol. Zentralbl. Nr. 13.

126. *Ingerlans*, Origine de l'emploi du bromme de pottassium contre l'épilepsie. L'écho méd. no. 17. (S. 217*.)

127. *Jödicke, P.* (Stettin), Die Bewertung kochsalzarmer und kochsalzreicher Nahrung für die Therapie der Epilepsie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. V, H. 3, p. 319. (S. 219*.)

128. *Jödicke, P.* (Stettin), Über die Behandlung der Epilepsie mit Borax. Med. Klin. Nr. 52, p. 2020. (S. 217*.)

129. *Jödicke, P.* (Stettin), Bromnatrium oder -kalium? Med. Klin. Nr. 15, S. 569. (S. 218*.)

130. *Joffe, M.* (Dorpat), Histologische und physiologische Wirkung



der Druckmassage auf die Nerven. Berl. Klin. Wschr. Nr. 42, S. 1884. (S. 230*.)

131. *Jolly, Ph.* (Halle a. S.), Zur Lehre von der Chorea minor und den Choreapsychosen. Wien. klin. Wschr. Nr. 29. (S. 221*.)

132. *Jowes, E.* (Toronto), Reflections our Some Criticisms of the Psychoanalytic Method of Treatment. Americ. journ. of the med. science. July.

133. *Jones, Ernest* (Toronto), The relationship between dreams and psychoneurotic symptoms. The americ. journ. of insan. vol. 68, no. 1, p. 57. (S. 224*.)

134. *Jones, E.* (Toronto), Das Problem des Hamlet und des Ödipus-Komplex. Deutsch von Paul Taussig-Wien. 65 S. 2 M. Wien, Fr. Deuticke.

135. *Jones, E.* (Toronto), The action of suggestion in psychotherapy. Journ. of abnorm. psychol. no. 1.

136. *Jones, Ernest* (Toronto), Das Problem des „Gemeinsamen Sterbens", namentlich in bezug auf den Selbstmord Heinrich von Kleists. Zentralbl. f. Psychoanalyse, September, S. 563.

136a. *Juschtschenko.* Über den Nucleasegehalt verschiedener Organe des Menschen und der Tiere. Biochemische Zeitschr. (S. 233*.)

137. *Kappis, M.* (Kiel), Über Gehirnnervenlähmungen bei der Basedowschen Krankheit. Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 22.

138. *Kauffmann, M.* (Halle a. S.), Über hysterisches Fieber. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 5, H. 5, S. 706. (S. 232*.)

139. *Kiernan, J. G.* (Chicago), Hysteric mimicry of dramatic crimes. The alien. and neurol. vol. 32, no. 1, p. 97.

140. *Kiernan, J. G.* (Chicago), Therapic expects of epileptic pathophysiology. The americ. journ. of clin. med., may, p. 473. (S. 211*.)

141. *Knopf, H. E.* (Frankfurt a. M.), Ein Fall von zerebraler Neurasthenie geheilt durch Atmungsgymnastik. Med. Klin. Nr. 17, S. 654.

142. *Kohnstamm, O.* (Königstein i. T.), Hysterie. Therap. d Gegenw. Nr. 2. (S. 231*.)

143. *Kostic, M. H.* (Serajewo), Über Duraplastik mit frischem Bruch-



sack bei einem Fall von Jackson-Epilepsie. Wien. klin. Rdsch. Nr. 6, S. 85.

144. *Kottmann, R.*, Zur Physiologie und Pathologie der Schilddrüse. Ztschr. f. klin. Med. Bd. 71, H. 3—6.

145. *Kostyleff*, Freud et le traitement moral des névroses. Journ. de psychologie normale et pathol. no. 2, p. 135.

146. *Kostyleff, N.*, Les derniers travaux de Freud et le problème de l'hystérie. Arch. intern. de neurol. 33e ann., no. 1, p. 17.

147. *Kraus, Carl*, Zur Klinik des Morbus Basedowii und seines Grenzgebietes. Med. Klin. Nr. 5, S. 171.

148. *Krause, K.* (Berlin), Über Neurosen nach Blitzschlag. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 29, H. 3, S. 255. (S. 226*.)

149. *Krecke, A.* (München), Über die Häufigkeit und die Diagnose der durch Hypersekretion der Schilddrüse bedingten Störungen. Münch. med. Wschr. Nr. 30, S. 1601. (S. 233*.)

150. *Krone, Fr.* (Sooden a. Werra), Die Bedeutung der Psychotherapie in der balneologischen Praxis mit besonderer Berücksichtigung der psychopathisch-anämischen Zustände in der Pubertät. Med. Klin. Nr. 24, S. 924. (S. 230*.)

151. *Kure, S.*, Epileptisches Irresein mit Dämmerzustand. Neurologia (Japan. Zentralbl. f. Neurol., Psych. usw.) Bd. 10, H. 8 u. 9.

152. *Lafora, G. R.*, u. *Glueck, B.*, Beitrag zur Histopathologie der myoklonischen Epilepsie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. VI, H. 1. (S. 222*.)

153. *Laignel-Lavastine*, Notions élémentaires sur quelques conceptions actuelles de l'hystérie. Le méd. practicien Nr. 31, p. 485.

154. *Langelaan* (Amsterdam), Formes frustes der Basedowschen Krankheit. Tydschr. voor Geneesk. Nr. 12.

155. *Langelaan, J. W.* (Amsterdam), Die nervösen Stigmata der Asthenia universalis (Stiller). Neurol. Zentralbl. Nr. 11, S. 578.

156. *Laquer, Leop.* (Frankfurt a. M.), Beitrag zur Lehre von den epileptoïden Erstickungskrämpfen. Neurol. Zentralbl. Nr. 5, S. 235. (S. 214*.)



157. *Leclère, A.*, Le mecanisme de la psychotherapie. Revue philos. 36e ann., no. 2.

158. *Lepin, Jean* (Lyon), Hysterie, Niereninsuffizienz, Chlorretention. Revue de méd. no. 9.

159. *Lepin, J.* Die psychasthenische Epilepsie. Revue de méd. 1911. no. 11.

160. *Leva, J.* (Tarasp), Zur Technik der kochsalzarmen Ernährung. Med. Klin. Nr. 41, S. 1582.

161. *Lévy, Paul-Émile* (Paris), La agorafobia y su tratamiento educador en cura libre. Traducido por el Dr. R. G. Trujillo. Revist. frenopática española anno 9, no. 101, p. 140.

162. *Lévy*, L'agoraphobie et son traitement éducateur en cure libre. Progrès méd. no. 16, p. 197.

163. *Lévy, Paul-Émile*, Inutilité de l'isolement et supériorité de la cure libre dans le traitement de la neurasthénie et des névroses. Journ. de neurol. 16e ann., no. 7, p. 220.

164. *Lewandowsky, M.*, Handbuch der Neurologie. Bd. II. Spezielle Neurologie. 1162 S., 327 Textabb., 10 Taf. 58 M. Berlin 1911. Julius Springer.

165. *Lewandowsky, M.*, Erfolgreiche Trepanationen ohne Befund. Therap. Monatshefte, April. (S. 219*.)

166. *Lion, M.* (St. Petersburg), Über Arsenocerebrin, ein spezifisches Heilmittel gegen Epilepise. Berl. klin. Wschr. Nr. 31, S. 1420. (S. 218*.)

167. *Lüders, Ferdinand*, Zur Lehre von den epileptischen Verwirrungszuständen. Inaug.-Diss. Kiel.

168. *Luger, A.* (Wien), Tetanieepilepsie. Wien. klin. Wschr. Nr. 17.

169. *Loeb, Fr.*, Zur „Behandlung der Epilepsie mit Crotalin". Münch. med. Wschr. Nr. 37, S. 1991.

170. *Loewe, S.*, Untersuchungen über die Harnkolloide von Epileptikern und Geisteskranken. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. VII, H. I, S. 73.

171. *Löwy, Max* (Marienbad), Ätiologische und therapeutische Erfahrungen über Vitiligo („Dyshumorale" Genese und Organotherapie der Flecken). Prager med. Wschr. Nr. 3 S. 31.



172. *Lorenz*, Huntingtons Chorea. Journ. of americ. assoc. 1. IV.

173. *Maeder*, *A.* (Zürich), Dubois-Freud. Über die Definition der Hysterie. Korrespbl. f. Schweizer Ärzte. H. 26. (S. 231*.

174. *Maeder*, *A.*, Eine seltsame Triebhandlung in einem Falle von psychischer Epilepsie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. V, H. 2, S. 178. (S. 216*.)

175. *Maier*, Die nordamerikanischen Gesetze gegen die Vererbung von Verbrechen und Geistesstörung. *Oberholzer*, Kastration und Sterilisation von Geisteskranken in der Schweiz. Jurist.-psychiatr. Grenzfr. Bd. VIII, H. 1—3. (S. 220*.

176. *Major*, *Gustav* (Zirndorf-Nürnberg), Die Neurasthenie der Jugendlichen. Med. Klin. Nr. 37, S. 1424. (S. 226*.)

177. *Mapother*, *E.* (Long-Grove), Mental Symptoms in Association with Choreiform Disorders. Journ. of ment. science. October, p. 646. (S. 221*.)

178. *Marchand*, *L.*, De la mort au cours de l'accès epileptique. Gaz. des hôp. 84e ann., no. 1. (S. 217*.)

179. *Marchand* et *Petit*, État de mal épileptique chez un enfant de cinq jours. Mère atteinte d'imbécilité et d'épilepsie. Considérations pathogéniques. Gaz. des hôp. no. 90, p. 1339.

180. *Marchand*, *L.*, et *Petit*, *G.*, Chorée et troubles mentaux. Revue de psychiatrie no. 9, p. 358. (S. 220*.)

181. *Marchiafava*, *E.*, Chronischer Hypothyresidismus. Riform med. Nr. 1.

182. *Margaria*, *Gius.*, Contributo allo studio delle epilessie. Insorgenza contemporanea di accessi epilettici in fratello e sorella. Ann. di frenatr. e science affini 21, fasc. 1, p. 64.

183. *Margulies*, *M.* (Gießen), Zur Frage der Hystero-Epilepsie. Klin. f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. VI, H. II, S. 158.

184. *Margulies*, *M.* (Gießen), Zur Frage der Hystero-Epilepsie. Klin. f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. 6, H. 4, S. 350.

185. *Marie*, *A.*, La lutte contre l'épilepsie par la rééducation alimentaire. Epilepsia p. 265.

186. *Marie*, *Pierre* (O. Grouzon, G. Delamare, E. Demos, Georges Guillain, E. Huet, Lamois, A. Lévi, François Moutier

Poulard, Roussy), La pratique neurologique, 1408 p., 30 fr.

187. *Marx*, *Karl*, Über einen Fall von hysterischen Ileus. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br.

188. *Mattauschek*, *E.* (Wien), Die Erfolge der Salvarsanbehandlung bei Nervenkrankheiten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 4, H. 5, S. 697.

189. *Mayerhofer*, *E.* (Wien), Über die günstige therapeutische Beeinflussung eines chronischen Falles von schwerer Chorea minor im Kindesalter durch Salvarsan. Wien. klin. Wschr. Nr. 27.

190. *Mayerhofer*, Salvarsan bei Chorea. Wien. klin. Wschr. Nr. 27.

191. *Meige*, *Henri* (Paris), Comment concevoir l'hypnotisme. Ses applications thérapeutiques et médicolégales d'après J. Babinski. Revue neurol. no. 1, p. 12—18.

192. *Meisl*, *A.* (Wien), Zur Pathogenese der Magendarmneurosen. Wien. klin. Rdsch. Nr. 22—24.

192a. *Meyer, M.*, Die Toxicität des Blutes genuiner Epiliptiker. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. (S. 215*.)

192b. *Mendel, K.*, Die Paralysis agitans. Berlin, Karger. (S. 223*.)

193. *Meyer*, *Rudolph*, Über einen Fall von Hysteria gravis mit universellem Schütteltremor. Inaug.-Diss. Kiel.

194. *Meyer*, *S.* (Danzig), Zur Hysterietheorie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. V, H. 2, S. 216. (S. 231*.)

195. *Meyer*, *S.* (Danzig), Hysterie-Typen. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. XIII, Nr. 2, S. 16. (S. 232*.)

196. *Metcalfe*, *J.* (Bradfort), Electricity in Neurasthenia. British med. journ. 18. February, no. 2616.

197. *Middlemiss*, *J. E.* (Glasgow), Two cases of hysteria, treated by suggestion, with an account of some experiments in hypnotism. Journ. of ment. science vol. 57, no. 236, p. 116.

198. *Mörchen*, *Fr.*, Epileptische Abortivanfälle ohne Bewustseinsstörung. Klin. therap. Wschr. Nr. 8.

199. *Moorhead*, *T. G.*, Bemerkungen über einen Fall von Myasthenia



gravis. The Dublin journ. of med. sciences, mar
p. 161.

200. *Müller, Alb.* (Bielefeld), Ein Vergiftungsversuch mit Bromur. Deutsche med. Wschr. Nr. 8, S. 358. (S. 218*.)

201. *Müller-Schürch, E. H.*, Der Alkoholismus als Ursache der Epilepsie. Epilepsia 2, 333.

202. *Müller, J.*, Ein Beitrag zur Frage der alopecia totalis neurotica. Inaug.-Diss. Würzburg 1911. 25. S.

203. *Navarre, J.*, La colonite. Arch. d'anthropol. crimin. p. 27.

204. *Newmark, L.* (San Francisco), A case which exhibited thermomonesthesia, a perversion of thermal sensation. Journ. nervous and ment. disease vol. 38, no. 2, p. 88.

205. *Nonne*, Über Basedowerkrankungen. Neurol. Zentralbl. Nr. (S. 233*.)

206. *Ohlemann* (Wiesbaden), Zur Jodbehandlung bei der Basedowschen Krankheit. Berl. klin. Wschr. Nr. 9, S. 385. (S. 233*

207. *Pactet*, Un cas de diagnostic difficile de l'épilepsie. Necessité de la communication au médecin du dossier judicaire des aliénés internés à l'occasion d'actes delictueux ou criminels. Bull. de la société clin. de médecine ment. Nr. 1.

208. *Pactet*, Syndrôme paralytique au cours de l'épilepsie. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. p. 212.

209. *Pappenheim, M.* (Heidelberg), Zur Epilepsiefrage. Wien. med. Wschr. Nr. 41. (S. 210*.)

210. *Parkes Weber, F.* (London), Die Verbindung von Hysterie und Simulation. Lancet 2. Decembre, no. 4605.

211. *Paul, W. E.* (Boston), The etiology of the occupation neuroses and neuritides. The journ. of nervous and ment. disease vol. 38, no. 8, p. 449.

211a. *Pfaundler, M.* (München), Zur Lehre von den kindlichen Diathesen. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung. München. Lehmann. H. 6. (S. 210*.)

212. *Pic, A.*, u. *Bonnamour, S.* (Lyon), Die Basedowsche Krankheit beim Manne. Revue de méd. no. 6.

213. *Pighini, G.*, e *Alzina Y Melis, J.*, Ricerche sul metabolismo nella corea di Huntington. Rivist. speriment. di freniatr. vol. XXXVII, p. 757—773. (S. 220*.)



214. *Polonsky, A.*, Das vasomotorische Nachröten und seine diagnostische Bedeutung bei organischen und funktionellen Neurosen. 69 S. Inaug.-Diss. Berlin, Emil Ebering.

215. *Porocz, M.* (Budapest), Sexuelle Neurasthenie. Wien. med. Wschr. Nr. 13. (S. 227*.)

216. *Porter, M. F.*, Behandlung des Morbus Basedow mit Injektionen. Journ. of americ. assoc.

217. *Poulalion, S. M.*, Psychonévrose consulvive (grande hysterie) à manifestations polymorphes. Convulsions laryngodiaphragmatiques. Narcolepsie. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. no. 2, p. 67.

218. *Presslich, W.*, Hemihyperhidrosis und paradoxe Schweißsekretion. Wien. med. Wschr. Nr. 17.

218a. *Rank, Otto*, Die Lohengrinsage. Schriften z. angew. Seelenkunde. (S. 225*.)

219. *Redlich, Emil* (Wien), Tetanie und Epilepsie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 30, H. 6, S. 439. (S. 211*.)

220. *Rehn, L.* (Frankfurt a. M.), Die chirurgische Behandlung der Basedowschen Krankheit. Deutsche Mediz. Wschr. Nr. 47, S. 2177. (S. 233*.)

221. *Reichel, G.*, Zinzendorfs Frömmigkeit im Licht der Psychoanalyse. Kritische Prüfung des Buchs von Pfister „Die Frömmigkeit des Grafen Ludwig von Zinzendorf" und ein Beitrag zum Verständnis der extravaganten Lehrweise Zinzendorfs. 192 S. 4 M. Tübingen 1911, J. C. B. Mohr. (S. 224*.)

221a. *Reis, E.*, Die elektr. Entartungsreaktion. Berlin S. Karger. (S. 227*.)

222. *Rennie*, Funktionelle Störungen des Nervenstystems. Brit. med. journ. 13. Mai 1911.

223. *Rieger, F.* (Schwaigern), Selbstmordversuch mit Bromural. Münch. med. Wschr. Nr. 5. (S. 218*.)

224. *Römer, C.* (Hirsau), Die Heilungsaussichten der Psychoneurosen. Münch. med. Wschr. Nr. 30, S. 1614. (S. 229*.)

225. *Röper, E.*, Heilerfolge bei Neurasthenie. Inaug.-Diss. Jena 1911. (S. 229*.)



226. *Rosenbaum*, Zwei Fälle von Herpes zoster in Verbindung mit Nierenkrankheit. Deutsche med. Wschr. Nr. 24. (S. 229*.)

227. *v. Roojen*, Epilepsia traumatica, verursacht durch Pachymeningitis ossificans. Tijdschr. voor Geneesk. Nr. 8.

228. *Rosenberg*, *J.*, Neue Behandlungsweise der Epilepsie. 6 M. Berlin 1912, L. Simion. (S. 219*.)

229. *Rubeschka*, Epilepsie und Schwangerschaft. Casop lék. cesk. no. 8.

230. *Rudnitzky*, *N. M.*, Tuberkulose und Neurasthenie. Praktitscheski Wratsch Nr. 18—21. (S. 229*.)

231. *Sachs* (Berlin), Status epilepticus und Schwangerschaft. Mtschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. XXXII, H. 6.

232. *Saenger*, *A.* (Hamburg), Über den morbus Basedowii. Münch. med. Wschr. Nr. 16, S. 833. (S. 233*.)

233. *Saiz* (Triest), Tetanie mit epileptiformen Anfällen und Psychose. Berl. klin. Wschr. Nr. 6, S. 245—247. (S. 211*.)

234. *Salomonski*, *M.* (Berlin), Über die sedative Wirkung des Adalins bei sexueller Neurasthenie und anderen Geschlechtskrankheiten. Deutsch. med. Wschr. Nr. 14, S. 637.

235. *Salzer*, Über Pseudoneuritis und andere differentialdiagnostisch wichtige kongenitale Anomalien des Sehnervenkopfes. Münch. med. Wschr. 51. (S. 229*.)

236. *Schanz*, *Fr.* (Dresden), Kopfschmerzen und Augenmuskelstörungen. Med. Klin. Nr. 23, S. 879. (S. 230*.)

237. *Schellong*, *O.* (Königsberg), Die Neuralgien der täglichen Praxis. 83 S. 1,80 M. Berlin. 1911, Julius Springer. (S. 228*.)

237a, *Schepelmann*. Veronal gegen Seekrankheit. Therap. Monatshefte. (S. 227*.)

238. *Schilder*, *P.* (Halle), Über Chorea und Athetose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 7, H. 3, S. 219. (S. 221*.)

239. *Schmidt*, *Ad.* (Halle), Magensymptome und Magenäquivalente bei Migräne. Med. Klin. Nr. 50, S. 1932. (S. 231*.)

240. *Schottir*, *W. R.* (Dresden), Phosphorarmut der Rindenzentren — Ursache der Migräne. Heilung durch Phosphorlezithinöl. Med. Klin. Nr. 9, S. 339. (S. 231*.)

241. *H. Schröder* (Breslau), Dipsomanie. Berl. klin. Wschr. Nr. 27. (S. 213*.)



242. *Schubert, H.*, Über die Lebensdauer bei Epilepsie. Inaug.-Diss. Würzburg 1911. 31 S. (S. 217*.)

243. *Schugam, Helene*, Die chirurgische Behandlung des morbus Basedowii. Inaug.-Diss. Berlin 1911.

243a. *Schuppius*, Intelligenzstörung bei der chronischen progressiven Chorea. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. (S. 221*.)

244. *Sidis, B.*, Fundamental states in psychoneurosis. Journ. of abnorm. Psychol. p. 320.

245. *Sidis, Boris*, Fear, anxiety and psychopathic maladies. The journ. of abnorm. psychol. 1911, vol. 6, p. 107.

246. *Simmonds, M.* (Hamburg), Über die anatomischen Befunde bei Morbus Basedowii. Deutsche med. Wschr. Nr. 47, S. 2164. (S. 233*.)

247. *Singer, K.* (Berlin), Die Therapie der Basedowschen Krankheit. (Übersichtsreferat.) Med. Klin. Nr. 15, S. 579.

248. *Soutzo, fils* (Bukarest), Sur une forme d'épilepsie convulsive permanente, en fonction directe de l'alcoolisme chronique. L'épilepsie alcoolique constitutionnelle. Ann. méd.-psychol. Nov.-Dez., Nr. 3, p. 383. (S. 213*.)

249. *Starck, H.* (Karlsruhe), Klinik der Formes frustes (Thyreotoxikosen) des Morbus Basedowii. Deutsche Med. Wschr. Nr. 47, S. 2168. (S. 233*.)

250. *Steiner, G.* (Straßburg), Über die Beziehungen der Epilepsie zur Linkshändigkeit. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XXX, H. 2, S. 119. (S. 212*.)

251. *Steckel, W.*, Die Verpflichtung des Namens. Ztschr. f. Psychotherapie u. Psychol. Bd. III, H. 2, S. 110. (S. 225*.)

252. *Steckel, W.* (Wien), Die psychische Behandlung der Epilepsie. Zentrlbl. f. Psychoanalyse Jahrg. I, H. 5/6, S. 220. (S. 220*.)

253. *Steyerthal, Armin* (Kleinen), Hysterie und kein Ende. Offener Brief an Herrn Staatsanwalt Dr. E. Wulffen. 57 S. 1,20 M. Halle, Marhold. (S. 231*.)

254. *Stheemann, H. A.*, Ein Fall von Chorea bei einem Säugling nach Masern. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. I.

255. *Stierlin*, Nervöse und psychische Störungen nach Katastrophen. Deutsche med. Wschr. Nr. 44. (S. 226*.)

256. *Sträußler, E.* (Prag), Beiträge zur Kenntnis des hysterischen



Dämmerzustandes. — Über eine eigenartige, unter dem Bilde eines psychischen Puerilismus verlaufende Form. Jahrbücher f. Psych. u. Neurol. Bd. 32, H. 1—2. S. 1. (S. 232*.)

258. *Stursberg* (Bonn), Über die Häufigkeit der Unfallneurosen. Neurol. Zentralbl. Nr. 16. (S. 226*.)

259. *Sudeck*, *P.* (Hamburg), Über die chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii. Münch. med. Wschr. Nr. 16, S. 837.

260. *Thomas*, La psychothérapie dans la pratique journalière. La clin. no. 13, p. 199.

261. *Fillasier*, *A.*, Épilepsie et Alkoolisme. Revue de méd. legale p. 51.

262. *Tilney*, *Fr.*, and *Smith*, *H. M.*, Contribution to the study of myasthenia gravis, with a suggestion for a change in nomenclature (clinical and postmortem report of two cases). Neurographs vol. 1, no. 3. (S. 223*.)

263. *Tilney*, *Frederich* (Brooklyn), Some Illustrations of a syndrome commonly observed in paralysis agitans. Neurographs vol. I, no. 3. Brooklyn-New York.

264. *Tschikste*, *A.*, (Mitau), Über die Wirkung des im Schilddrüsenkolloid enthaltenen Nucleoproteides bei Morbus Basedowii. Deutsche med. Wschr. Nr. 48, S. 2217.

265. *Vallon*, *Henri*, Forme écholalique du langage chez un imbécile épileptique. Journ. ed psychol. 8e an., no. 5, p. 436.

266. *Veraguth*, *O.*, Die klinische Untersuchung Nervenkranker. 10,65 M. Wiesbaden 1911, J. F. Bergmann.

267. *Vogt*, *H.* (Frankfurt a. M.), Bemerkungen über die Anwendung des Salvarsans in der Neurologie. Neurol. Zentralbl. Nr. 14, S. 787.

268. *Volland* (Bethel b. Bielefeld), Über vier Fälle mit der Kombination Epilepsie-Paramyoklonus multiplex. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 7, H. 2, S. 180. (S. 222*.)

269. *Volland* (Bethel), Beiträge zur Kasuistik der unsteten affektepileptischen Psycho- und Neuropathen (Bratz) und der



psychoasthenischen Krämpfe (Oppenheim). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. VIII, H. 4. (S. 213*.)

270. *Volpi-Ghirardini, G.* (Udine), Sugli stati secondi isterici. Rivista speriment. id freniatr. vol. 37, fasc. III, p. 735.

271. *Warnek, K.*, Zur Lehre von den nach Schädelbrüchen entstandenen Neurosen. Inaug.-Diss. Kiel 1911.

272. *Wassermeyer, M.* (Bonn), Psychiatrie und Neurologie. (Sammelreferat.) Med. Klin. Nr. 11, S. 421.

273. *Weil, S.*, Die operative Behandlung der Epilepsie. Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 70, H. 2—3.

274. *Weiner, S.*, Beitrag zur Kenntnis und Kasuistik der Neurosen nach elektrischen Unfällen. Inaug.-Diss. München 1911. Müller u. Steinicke. (S. 227*.)

275. *Werelius* u. *Rydin*, Geisteskrankheit und Struma. Journ. of americ. assoc. 5. Aug. 1911.

276. *Werther* (Dresden), Über hysterische Hautnekrose mit erythematösem und exsudativem Vorstadium. Dermatolog. Ztschr. April 1911.

277. *Williams, T. A.* (Washington), Nerv. disord. and profess. Med. record. no. 2124.

278. *Williams, T. A.* (Washington), Nervous symptoms of arteriosclerosis and their removal by diet. The americ. journ. of physiol. therap. 1911.

279. *Williams*, A case of psychasthenia in a child aged two jears, due to coffee drinking. Arch. of pediatries. (S. 226*.)

280. *Williams, T. A.*, Genesis of hysterical states in childhood, and their relations to fears and obsessions. Brit. journ. of childr. diseases 1911, p. 63.

281. *Williams, T. A.* (Washington), The reflexes in hysteria. Monthly cyclopaedia and med. bull. june 1910.

282. *Williams*, „Nervousuess" and education. The role of the teacher. Med. journ., Washington. (S. 226*.)

283. *Willige*, Über nervöse und psychische Störungen nach Blitzschlag. Arch. f. Psych. Bd. 48. (S. 227*.)

283a. *Willige*, Über Paralysis agitans im jugendlichen Alter. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. (S. 223*.)

284. *Wingfield*, Psychoanal. Brit. med.



285. *Wiszwianski, A.*, Über die Ziele und die Bedeutung der Nervenmassage für die Behandlung der funktionellen Neurosen. Med. Klin. Nr. 38, S. 1459. (S. 230*.)

286. *Wolffenstein, Walter*, Über die Epilepsie der Pubertätszeit. Inaug.-Diss. Leipzig, Juni 1911.

287. *v. Wyß, H.*, Der gegenwärtige Stand der Bromfrage in pharmakologischer und klinischer Beziehung. Epilepsia 2, S. 329, 1911.

288. *Zalla*, Pathologische Anatomie der Glandula thyreoidea in der Epilepsie, dem chronischen Alkoholismus und der Dementia praecox. Rivist. di patol. nerv. e ment., Dezember 1910.

289. *Zander, P.*, Epilepsie und Unfall. Med. Klin. 1911, Nr. 18, S. 710.

289a. *Zappert, J.*, Die Prognose der Epilepsie im Kindesalter. Mediz. Klin. 1912. (S. 217*.)

290. *Ziehen*, Demonstration einer eigentümlichen Krampfneurose. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 68. (S. 223*.)

A. Epilepsie und Tetanie, Gruppierung und Ätiologie.

Pappenheim (209) spricht sich allgemein über die Ausdehnung der Bezeichnung und des Begriffes Epilepsie aus. Er wendet sich gegen die Bestrebungen, diesen Begriff soweit zu fassen, daß darunter alle mit endogenen periodischen Verstimmungen einhergehenden Zustände genommen werden. Eine derartige Grenzerweiterung zerstört nur die in den letzten Jahren mühsam erworbene Einengung der echten Epilepsie, indem man die Alkoholepilepsie, die Affektepilepsie davon abtrennte, und ist auch vom praktischen Gesichtspunkt bedenklich, weil die Bezeichnung Epilepsie in den Augen der Laien stets etwas prognostisch und auch sonst Ungünstiges bedeutet. Die sog. charakteristischen psychischen Symptome der Epilepsie haben sich bisher nicht als spezifisch für die E. erwiesen. Den Zusammenhang der Epilepsie mit den übrigen Kinderkrämpfen beleuchten namentlich zwei Arbeiten der Münchener Jahresfortbildungskurse über die Beziehungen der Epilepsie zur Kindertetanie.

Pfaundler (211a) gibt eine Schilderung der kindlichen Diathesen, unter die er auch die Spasmophilie rechnet. Die Diathesen sind nicht Krankheiten, sondern Krankheitsbereitschaften, die aus einer angeborenen Anlage entstehen. Jede einzelne Manifestation der Diathese kann auch bei den anderen Zuständen und aus exogenen Ursachen auftreten; nur ihr Ensemble ist für die jeweilige Diathese charakteristisch. Die Manifestationen treten scheinbar spontan auf, oft in Form



von Paroxysmen; auch der Rückgang ist rasch und kritisch. Sie sind häufig von schweren nervösen Erscheinungen begleitet und zeigen sich vielfach gesetzmäßig.

Kiernan (140) gibt eine zusammenfassende Darstellung der Pathogenese der Epilepsie. Dabei betont er besonders die Rolle der subkortikalen Ganglien und des Hirnstammes als Ausgangspunkte der Konvulsionen, weil diese Teile überhaupt die Zentren für rythmische Bewegungen enthalten, die durch ein periodisches An- und Abschwellen des Nerventonus zustande kommen. Die epileptische Konstitution ist charakterisiert durch eine allgemeine Herabsetzung des Tonus in Verbindung mit erhöhter Reaktionsfähigkeit und Reizbarkeit. Als Ursache dieser Veränderungen betrachtet Verf. autotoxische Störungen.

French (83) nimmt in ähnlicher Weise ein medullares Konvulsionszentrum an, das durch verschiedene Schädlichkeiten, häufig durch eine toxaemische Blutbeschaffenheit erregt werden könnte. Nach wiederholtem Auftreten der Anfälle kommt eine Dauerveränderung dieses Zentrums zustande. Er unterscheidet prädisponierende und auslösende Ursachen der Epilepsie; unter den ersteren führt er Erblichkeit, Lebensalter und Geschlecht an (Alter und Geschlecht können doch nicht als Krankheitsursachen gelten!).

Eine Übersicht über die Lehre von den Krämpfen des Kindesalters gibt *Gött* (99). Nicht alle eklamptischen Erscheinungen der Kinder sind Vorboten oder der Beginn einer genuinen Epilepsie, aber sie gehören auch nicht alle zur spasmophilen Diathese. Bei der letzteren treten auf tonische Krämpfe, Laryngospasmen, klonische Krämpfe als der Ausdruck der spinalen, bulbären oder zerebralen Affektion; auch außerhalb dieser Attaken ist die Zugehörigkeit zur spasmophilen Diathese erkennbar an den bekannten Zeichen. Die spasmophilen Kinder können später Neuropathen und Psychopathen werden, aber nicht Epileptiker. Symptomatisch treten Kinderkrämpfe auf bei Allgemeinerkrankungen, bei organischen Hirnerkrankungen und als Beginn einer echten genuinen Epilepsie. Das kindliche Zentralnervensystem hat überhaupt die Neigung, auf viele funktionelle Schädigungen mit Krämpfen zu reagieren.

Assagioli (5) berichtet von einer schlecht genährten Mehrgebärenden, die durch lange fortgesetztes Stillgeschäft einen starken Verlust von Kalksalzen erlitt. Anläßlich einer akuten Magenerkrankung wurden die bis dahin latenten Tetaniesymptome manifest. Sie wurde durch Darreichung von Kalksalzen geheilt.

Im Gegensatz zu den Feststellungen *Thiemichs*, denen sich ja auch *Gött* anschließt, hält es *Redlich* (219) für zweifellos, daß Kinder, die an Sänglingstetanie gelitten haben, später auch an Epilepsie erkranken können. Auch *Hochsinger* (116) hat mehrere Fälle von echter Epilepsie bei älteren Kindern beobachtet, die durch das noch bestehende Fazialisphänomen sich als spasmophil erwiesen oder die als Säuglinge an echtem Laryngospasmus gelitten hatten.

Saiz (233) macht darauf aufmerksam, daß Tetanie und Epilepsie gelegentlich kombiniert vorkommen können. Auch psychotische Episoden oder echte Psychosen können bei einer Tetanie auftreten. Ihre Pathogenese ist verschieden; sie sind entweder eine Teilerscheinung des tetanischen Krankheitsprozesses; über einen solchen Fall berichtet *Saiz*. Oder es handelt sich um ein zufälliges Zu-



sammentreffen; dann kann häufig die Psychose die latenten Tetaniesymptome hervorrufen. Oder die psychischen Störungen sind durch die gleichzeitig vorhandene Epilepsie bedingt.

Büttner (43) weist auf das von *Schlesinger* bei der Tetanie beschriebene Beinphänomen hin; bei der Bewegung des Beines im Hüftgelenk tritt ein Streckkrampf im Kniegelenk und ein tonischer Krampf im Sprunggelenk auf. *Büttner* hat ein ähnliches Symptom bei Hysterie gefunden und bezeichnet es als „Pseudobeinphänomen".

Fr. Schultze (242) weist auf eine Dellenbildung der Zunge bei Beklopfen derselben als ein für die Tetanie der Erwachsenen charakteristisches Symptom hin.

W. Ebstein (69) beobachtete bei einem 31jährigen an Spätrachitis leidenden Kranken akut auftretende Tetaniesymptome in Gestalt von Pfötchenstellung, Fazialisphänomen und gesteigerter Muskelerregbarkeit, sowie Laryngospasmen. Auch die bei diesen Kranken auftretenden Spontanfrakturen rechnet er hierzu und gibt die Schuld der durch Kalkarmut bedingten Osteoporose. Alle Symptome besserten sich, als therapeutisch Calcium lacticum gegeben wurde.

Über die Beziehungen zwischen Pubertät und Epilepsie spricht sich *W. Gerlach* (94) in einer interessanten Dissertation aus der *Ziehen*schen Klinik auf Grund statistischer Untersuchungen aus. In erster Linie ist für die Ursache der Pubertätsepilepsie die hereditäre Belastung von Bedeutung; es wird also anerkannt, daß in den meisten Fällen dieselben ätiologischen Momente vorliegen, wie bei der übrigen Epilepsie. Im Zusammenhang mit hereditärer Belastung oder auch für sich allein kann aber auch durch Störung der inneren Sekretion der Geschlechtsdrüsen während der Pubertät die Erregbarkeit des Gehirns so beeinflußt werden, daß epileptische Krämpfe auftreten. Besonders soll die Menstruation eine Selbstvergiftung des Körpers darstellen und deshalb häufig den ersten epileptischen Anfall auslösen.

Davenport und *Weeks* (59) haben Stammtafeln von Epileptikerfamilien studiert und finden, daß Epilepsie und Schwachsinn auf eine Entwicklungsstörung des Nervensystems beruhen. Eine andere, wenn auch nicht so hochgradige Störung der Keimzellen liege anderen nervösen Zuständen, wie Migräne, Chorea zugrunde. Die erste Form der Entwicklungsstörung wird als Defektbildung (defektive), die zweite als Entartung (tainted) bezeichnet. Es lassen sich eine Reihe von gesetzmäßigen Beziehungen nachweisen bei Verbindung der Defektindividuen mit Entarteten. Umgekehrt weist das Auftreten epileptischer Kinder bei gesunden Eltern immer auf eine Keimschädigung in deren Assendenz hin und kann oft noch aus der nächsten Verwandtschaft ermittelt werden.

Steiner (250) hat die Untersuchungen *Redlich*s über die Häufigkeit der Linkshändigkeit bei Epileptikern nachgeprüft und erweitert. Er kann nicht der Auffassung *Redlich*s zustimmen, daß es sich dabei um die Folgen einer leichten rechtsseitigen Hemiparese handelt. Er hat bei seinen Untersuchungen gefunden, daß noch häufiger als bei Epileptikern selbst in ihren Familien Linkshändigkeit vorkommt. Die Tatsache erklärt sich so, daß bei der genuinen Epilepsie eine mangelhafte Überordnung bestimmter Teile des rechten oder linken Hirns über das übrige



Gehirn vorzuliegen scheint. Es besteht in den Epileptikerfamilien die Tendenz zur Vererbung von Linkshändigkeit; ist der Epileptiker selbst rechtshändig, so bedeutet dies einen Widerstreit zwischen Vererbungstendenz und angeborener Anlage des Individuums, die ihren Ausdruck findet in der Entwicklung motorischer Störungen vom Charakter der Epilepsie. Die Diagnose Epilepsie will *Steiner* demnach erst dann als gesichert betrachten, wenn in der nächsten Familie des Kranken oder beim Kranken selbst Linkshändigkeit vorkommt.

Bratz (38) kommt in einer ausführlichen Abhandlung auf die Fälle von Affektepilepsie zurück. Er bringt Material dafür bei, daß hier ein eigenes von der echten Epilepsie abzutrennendes klinisches Krankheitsbild vorliegt, das auf dem Boden degenerativer Anlage verschiedener Art entsteht und sich in Auftreten vereinzelter epileptischer Anfälle äußert, ohne daß es zu dauernden epileptischen Veränderungen kommt; die Anfälle bedürfen zu ihrem Auftreten eines äußeren Momentes: seelische Erregungen, Infektion, Intoxikation; sie können wieder völlig verschwinden. Die Anschauungen von *Bratz* werden durch *Vollands* (269) Untersuchungen bestätigt. *Volland* beschreibt eine Anzahl hierher gehöriger Fälle, betont vor allem auch das Auftreten vasoneurotischer Symptome als ein besonderes Zeichen der erblichen Belastung und zeigt, wie Anfälle hier stets im Anschluß an seelische Erregungen auftreten.

Soutzo jr. (248) beschreibt als eine besondere Form der Alkoholepilepsie eine Erkrankung, die sich bei chronischen Alkoholikern zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr einstellt, in typischen epileptischen Anlällen sich äußert, die nach Abstinenz nicht verschwinden, und allmählich zu einer dauernden Demenz führt. Er stellt diese konstitutionelle Alkoholepilepsie der passageren Form gegenüber, die ebenfalls auf dem Boden des chronischen Alkoholismus entsteht, bei der aber die Anfälle unter dem Einfluß der Abstinenz wieder verschwinden; das ist bekanntlich die Form, die *Bratz* als Alkoholepilepsie beschreibt. Ob nun die geschilderte konstitutionelle Alkoholepilepsie eine eigene klinische Gruppe darstellt, geht auch aus den mitgeteilten Krankheitsfällen noch nicht einwandsfrei hervor. In einem Fall ergab die Sektion eine nur leichte Arteriosklerose, Gliawucherung und braune Pigmentierung der Rindenzellen. Ich möchte aber doch vermuten — nach ähnlichen Fällen meiner Beobachtung —, daß es sich hier um organische Hirnerkrankungen auf alkoholischer Basis handelt.

Schröder (241) berichtet über elf Fälle von Dipsomanie; darunter war keiner mit genuiner Epilepsie. Bei einem war Epilepsie in der Familie vorgekommen, ein anderer litt an Hemikranie, drei waren Degenerierte, einer mit epileptoiden Zügen, drei waren Spätepileptiker, darunter einer nach Schädeltrauma, einer mit Diabetes. In der Diskussion dieses Vortrags betont *Bonhöffer*, daß die periodische Trunksucht mit echter Epilepsie wenig zu tun hat. Wenn man sie eine zeitlang zur Epilepsie gerechnet hat, so kommt das davon, daß man die periodischen Zustände, die bei allen Degenerierten in Form von Verstimmungsattaken, epileptoiden Krämpfen usw. vorkommen, übersah.

Alexander (4a) beschreibt als Reflexepilepsie die Erkrankung eines 32jähr. Mannes, der seit einem Jahr echtepileptische Anfälle mit einer von einer Finger-



narbe ausgehenden sensiblen Aura und von halbseitigem Charakter hat; außer-
gehen die Anfälle mit Bewußtseinsverlust und Urinabgang einher und es hat sich
im Laufe eines Jahres eine „epileptische Veränderung“ der Psyche einge-
Hysterie ist ausgeschlossen.

Berger (22a) teilt den Fall eines bis dahin gesunden 22jährigen Mensch
mit, der beim Beginn einer gutartig verlaufenden Appendizitis zum ersten
bei großer Hitze und starker körperlicher Anstrengung echt epileptische An-
bekam, die auch nach der gut gelungenen Appendixoperation noch öfter auftr-
Der genaue Nervenstatus weist einige hysterische Symptome (Fehlen des Gaumen-
reflexes, Zonenanalgesie) auf; aber die Anfälle waren von Pupillenstarre beg-
Auf ähnliche Beobachtungen *Berndt*s wird hingewiesen.

Gallus (90) gibt eine kritische Betrachtung der exogenen und endogen
Momente, welche Anfallshäufungen hervorrufen können. Aus dem Vergleich d-
Anfallsstatistik eines größeren Krankenmaterials mit den Kurven der mete-
logischen Station ließ sich kein gesetzmäßiger Zusammenhang zwischen Anfa-
häufungen und meteorologischen Vorgängen (Besonnung und Bewölkung, M-
phasen, erdmagnetische Schwankungen, Luftdruckschwankungen) nachwe-
Etwas mehr Einfluß muß individuellen physiologischen Vorgängen (E-
nährung, Menstruation, Schlaf, Ruhe und Beschäftigung) zugebilligt wer-
ohne daß auch hier absolut giltige Zusammenhänge zu ermitteln sind.

Benon (20) beschreibt als atypische epileptische Anfälle solche bei ein-
19jähr. Mädchen; die Anfälle setzen plötzlich ein, beginnen gelegentlich mit ein-
Aufschrei und sinnlosem Weglaufen, dann kommen tonische, nie klonische Krämp-
absolute Starrheit, kein Zungenbiß, kein Urinabgang, und nach fast einstünd-
Dauer terminaler Schlaf; darnach totale Amnesie. Das ganze Bild des Anfa-
erinnert an Hysterie; trotzdem hält es Verf. für einen echten epileptischen, v-
gewöhnlichen Typus abweichenden Anfall.

Laquer (156) sah bei einem 64jähr. arteriosklerotischen Manne im Ansch-
an Asphyxie durch Steckenbleiben eines Fleischbrockens im Schlund allgem-
Krämpfe von echt epileptischem Charakter auftreten. Er sieht die Bedeutu-
dieser Beobachtung darin, daß sie die alte Streitfrage entscheiden kann, ob d-
Krämpfe nach Strangulationsversuchen durch Kehlkopfverschluß, Karotisk-
pression oder Vagusreizung zustande kommen. Nach der Beobachtung *Laq-*
genügt Kehlkopfverschluß allein.

Dserzinsky (66a) sammelte aus der Literatur 18 Fälle der *Koshewnikow*sch-
Epilepsia continua, denen er zwei eigene Beobachtungen hinzufügen konnte. B-
der Schilderung der Symptomatologie dieser Erkrankung beschäftigt sich d-
Verf. vor allem mit der Lokalisation und dem Charakter der andauernd vor-
handenen Krämpfe. Es handelt sich um schnelle Zuckungen, deren lokomotorisch-
Effekt nur sehr gering ist. Die Intensität ist bei verschiedenen Patienten, ab-
auch bei demselben Kranken zu verschiedenen Zeiten verschieden. Die Loka-
sation ist verschieden und meist ziemlich ausgedehnt. Die eigentlichen epileptisch-
Anfälle tragen einen kortikalen Charakter. Sie setzen stets in den Stellen ein, -
denen die ständigen Krämpfe lokalisiert sind. Sie hinterlassen oft transitorisch-

Paresen in den beteiligten Körperteilen. Es werden aber auch dauernde, von diesen Anfällen unabhängige Lähmungen sehr häufig beobachtet.

Aus der Analyse des Verlaufs und der pathologischen Anatomie der eigenen sowie der der Literatur entnommenen Fälle kommt *D.* zu dem Schlusse, daß es sich bei dem *Koshewnikow*schen Symptomenkomplex nicht um eine Krankheit sui generis, sondern um eine chronische Encephalitis oder Meningo-encephalitis mit bestimmter Lokalisation handelt. (*Fleischmann*-Kiew.)

Bumke (42) beschreibt Intentionskrämpfe, die auftreten, wenn bestimmte Bewegungen oder Muskelkontraktionen mehrmals nacheinander oder besonders kraftvoll ausgeführt werden. Ihr familiäres Auftreten, obwohl die myotone Reaktion dabei fehlt, rechtfertigt es, die Fälle als eine besondere Abart der *Thomsen*schen Krankheit zu bezeichnen.

Allers (4b) bespricht die über die postepileptische Albuminurie aufgestellten Theorien, die er alle für nicht einwandsfrei hält. Auf Grund der Untersuchungen von *M. H. Fischer* über die Quellung von lebenden tierischen Geweben in Säuren, die durch Veränderung der Kolloide bedingt ist, erklärt sich auch die Nephritis und Stauungsalbuminurie als eine durch Acidose hervorgerufene. Ganz ähnlich erklärt *Allers* die Albuminurie nach dem epileptischen Anfall. Die Acidität des Harns ist nach dem epileptischen Anfall gesteigert und zwar hauptsächlich durch Ausscheidung von Phosphorsäure und Milchsäure. Demnach ist die postparoxysmale Albuminurie eine Folge der Säurequellung der Nieren, die ihrerseits durch die postepileptische Acidose bedingt wird.

M. Meyer (192a) hat die früher von *Krainski* und *Ceni* unternommenen Versuche über die Toxizität der Körpersäfte der Epileptiker wieder aufgenommen. Aseptisch entnommenes Blutserum von Epiletikern vor, während und zwischen den Anfällen wurde Meerschweinchen intraperitoneal eingespritzt. Dabei ergaben sich typische mit tonisch-klonischen Krämpfen sämtlicher Extremitäten einhergehende Anfälle, wobei die Tiere meist in Seitenlage waren, während Kontrolltiere, die mit Serum anderer Neurosen und Psychosen gespritzt wurden, ganz gesund blieben oder nur vereinzelte Zuckungen aufwiesen. Auch das Serum genuiner Epileptiker und anderer Epilepsieformen zeigte bemerkenswerte qualitative Unterschiede in der Wirkung. Die krampferzeugende Wirkung ist an das Serum, nicht an die Blutkörperchen gebunden.

Garnett (91) suchte auf den Weg der Komplementablenkung toxische Eigenschaften des Blutserums und des Urins der Epileptiker aufzudecken. Das Serum der Epileptiker enthält einen spezifischen Antikörper für das im Urin von Epileptikern enthaltene Toxin; ein solcher ist im Serum nicht epileptischer Personen nicht enthalten. Im Urin einzelner nicht epileptischer Menschen und im Urin Geisteskranker findet sich eine toxische Substanz, die im Urin von Epileptikern eine schwächere Komplementablenkung hervorrufen kann. *Garnett* gibt aber selbst an, daß seine Resultate nur einen Vergleichswert haben und noch keine Bedeutung für den diagnostischen Nachweis der Epilepsie beanspruchen.

Damaye (58) bespricht seinen ätiologischen Standpunkt in der Epilepsiefrage dahin, daß er eine pathologische Konvulsibilität der Rindenzellen an-

nimmt, die angeboren oder durch eine Hirnerkrankung erworben sein kann (aptitude convulsive). Ist diese Konvulsibilität sehr ausgesprochen, so genügt sie, um ohne äußere Ursache die Epilepsie zu zeitigen; in geringerem Grade bleibt sie latent und wird eines Tages manifest unter dem Einfluß von toxischen oder entzündlichen Schädigungen. Symtomatologisch unterscheidet *Damaye* drei Stadien im Verlauf der Epilepsie: Die Phase der attakenweise auftretenden Anfälle mit vorübergehenden Dämmerzuständen, die Phase des dauernden chronischen Dämmerzustandes, der aber noch keine Demenz ist, und die demente Phase. Auch die sekundären histologischen Veränderungen im Großhirn sind verschieden bei der zweiten und dritten Phase.

Benon (21) beschreibt als postparoxysmale „Astheno-Manie" einen Zustand, der nach dem epileptischen Anfall einsetzt, mit einem Gefühl der körperlichen und geistigen Schwäche, Müdigkeit und Leistungsunfähigkeit beginnt und allmählich übergeht in eine manische Erregung mit gehobener Stimmung, Vorstellungsbeschleunigung, Rededrang und Bewegungsdrang; auch dieser Zustand klingt allmählich, oft durch einen Schlaf vermittelt, ab und es tritt der frühere Geisteszustand wieder ein. Verwirrtheit braucht dabei nicht zu sein; die Erinnerung an den Zustand kann erhalten bleiben.

Ermakow (73) beschreibt als Oligophasie einen nach epileptischen Anfällen auftretenden Zustand, in welchem der Kranke spricht, als ob er eine fremde ungeläufige Sprache spräche. Er findet für die einzelnen Gegenstände, die ihm im übrigen geläufig und bekannt sind, keine Bezeichnung, kann den Ausdruck aber umschreiben. Gelegentlich ist dabei die Fähigkeit, die Bezeichnung schriftlich wiederzugeben erhalten; in anderen Fällen ist sie auch gestört. *E.* hält dies Symptom nicht für absolut spezifisch, aber für sehr häufig bei der Epilepsie vorkommend.

Maeder (174) schildert einen forensisch interessanten Fall eines Arbeiters, der triebartig wiederholt schwarzen großen Frauen auf der Straße die Kleider mit einem Schokoladebrei übergoß und dabei eine gewisse, vielleicht sexuelle Befriedigung empfand. Die Beobachtung ergab einige Anfälle ziemlich einwandsfrei epileptischer Natur. Nach den Angaben des Pat. befand er sich auch zurzeit der Tat in einem traumhaften Bewußtseinszustand, obwohl die Erinnerung an Einzelheiten ungestört war. Verf. versucht weiter, den Inhalt der Triebhandlung auf einige sexuell gefärbte Komplexe im Vorleben des Pat. zurückzuführen und sieht in dem Ergebnis des Assoziationsexperiments die Bestätigung dieser Anschauung.

H. Fischer (81), der Breslauer Chirurg, versucht wieder einmal zu erweisen, daß der Apostel Paulus an Epilepsie gelitten habe. Dabei erfahren wir, daß neben anderen weltgeschichtlichen Größen nun auch Helmholz unter die Epileptiker gezählt wird. Und ferner verlangt *Fischer*, daß wir außer an Epilepsie des Apostels auch daran glauben sollen, daß das Ereignis von Damaskus nun doch kein epileptisches Äquivalent war, sondern nach wie vor als eine direkte göttliche Einwirkung aufgefaßt werden müsse.

Collins (53) berichtet über 10 plötzliche Todesfälle im Verlauf von epileptischen Anfällen. Bei zwei davon fanden sich Nahrungspartikel in den Luftwegen, einer kam durch Erstickung im Anfall während der Nacht zustande, in



inem Fall wurden Klappenfehler, in zwei Fällen adhäsive Perikarditis, in drei 'ällen fortgeschrittene fettige Degeneration des Herzens, in einem Fall ein Hirnumor gefunden.

Auch *Schubert* (242) kommt in einer Dissertation aus der Würzburger Klinik ıuf Grund der Statistik der dortigen Epileptikerpfründe zu dem Resultat, daß ler direkte epileptische Tod, d. h. der durch die Epilepsie als Hirnerkrankung edingte Tod, selten ist, daß vielmehr die Epileptiker häufig sehr langlebig sind.

Marchand (178) kommt zu ähnlichen Resultaten bezüglich der in der Literatur beschriebenen epileptischen Todesfälle und berichtet über zwei eigene Beobachtungen von Epileptikern, die nach wenigen Anfällen starben. Es fand sich keine weitere Todesursache als starke kongestive Hyperämie der weichen Hirnhäute und der Hirnsubstanz und in dem einen Fall stärkere Füllung der Gefäße im verlängerten Mark unter dem 4. Ventrikel und Blutungen aus diesen Gefäßen in der Gegend der Vaguskerne.

Zappert (289a) bringt eine zahlreiche und interessante Kasuistik, aus der hervorgeht, daß die kindliche Epilepsie in ihrer Prognose doch nicht so ungünstig ist, als man gemeinhin annimmt. Es gibt doch eine ganze Reihe von Fällen, auch solche mit den immer für ungünstig gehaltenen Absenzen, bei denen teils spontan, teils nach verschiedenartiger Behandlung wesentliche Besserung oder Heilung auftritt. Freilich betont auch *Z.*, daß man bei epileptischen Erscheinungen im Kindesalter die Diagnose Epilepsie immer nur mit Vorsicht stellen darf, weil sich darunter die verschiedenartigsten organischen und funktionellen Erkrankungen verbergen, wie auch aus seiner Kasuistik hervorgeht.

Collins (53) gibt einen Überblick über therapeutische Erfolge. Für ihn ist das beste Mittel die koloniale Behandlung der Epileptiker mit möglichst langem Aufenthalt in der Luft, eine fleischarme (nicht fleischlose) Diät. Brompräparate will er nur bei Häufung von Anfällen angewendet wissen und glaubt, daß ein Teil der epileptischen Demenz durch Brom herbeigeführt sei. In einigen Fällen sei durch Brom die Aura vor den Anfällen verschwunden, so daß das Zusammenstürzen unvermutet und zum Schaden der Kranken erfolgt sei. Von Digitalis will er in einigen Fällen gute Erfolge gesehen haben, gibt aber keine bestimmte Indikation an.

Ingerlans (126) beschreibt zur Geschichte der Epilepsietherapie die anderweitig schon bekannte Tatsache, daß *Locock* die Brompräparate in die Behandlung einführte und erzählt die Vorgeschichte dieser Entdeckung. Veranlassung gab dazu eine deutsche Arbeit von *Otto Graf*, der die lähmende Wirkung des Broms auf den Geschlechtstrieb beschrieb. *Locock*, von Haus aus Gynäkologe, wollte damit Epilepsien beeinflussen, die er auf sexuelle Erregung zurückführte.

Joedicke (128) hat die von namentlich außerdeutschen Autoren mit Borax gemachten Behandlungsversuche bei Epileptikern nachgeprüft. Die günstigen Erfolge, über die namentlich dänische Ärzte (*Oerum*) berichten, hat er nicht gesehen. Er gab bei 14 Epileptikern Natr. bibor. in Dosen steigend von 0,9 bis 2,0 g nach den Mahlzeiten. Nur in zwei Fällen wurde eine wesentliche Besserung in bezug auf Abnahme der Anfälle und auf Hebung des Allgemeinbefindens gesehen.



Bei zwei Pat. traten urtikariaartige Exantheme und Haarausfall auf, bei der ei-
noch kompliziert durch Ödem der Beine, Dyspnoe, Herzstörungen und Ei-
Bei den meisten Pat. nahm das Körpergewicht ab.

Joedicke (129) bekämpft die Anschauung, daß Bromkali Nachteile gegen-
über dem Bromnatrium habe. Er bevorzugt es sogar mit der Begründung, da
man durch Bromkali eine schnellere Entchlorung des Körpers erreiche als durch
Bromnatrium, weil bei Einverleibung von Bromkali im Körper Chlorkalium ge-
bildet würde, das rasch ausgeschieden wird. Bei Dosen von unter 15 g Bromka
wird keine Herzschädigung beobachtet.

Froehlich (88) bespricht die in der ambulanten Praxis anwendbaren Be-
handlungsmethoden der Epilepsie. Er rät zu fleischarmer und kochsalzarm-
Diät und empfiehlt als Ersatz für die Bromalkalien Sabromino Dosen von 3 b-
4 g. Er hebt besonders hervor, daß damit Bromakne vermieden wird und da
überhaupt keine unangenehmen Nebenerscheinungen auftreten.

M. Lion (166) empfiehlt eine von ihm dargestellte Kombination von Natrium
cacodylicum und Cerebrin Poehl, das subkutan gegeben wird. Damit sollen sch-
nach einigen Monaten weitgehende Erfolge zu erzielen sein.

Fackenheim (78) hat auf Empfehlung amerikanischer Ärzte das Gift d-
Klapperschlange — Krotalin — in der Epilepsiebehandlung versucht, wie er au-
führt, auf die Beobachtung gestützt, daß das Schlangengift in seinen beiden ei-
artigen Substanzen lähmend auf das Nervensystem und gerinnungshemmend a-
das Blut wirke. Ein Zusammenhang mit der Pathogenese der Epilepsie ist dara-
allerdings nicht ohne weiteres zu erkennen. Trotzdem will er damit gute Erfo-
gesehen haben, namentlich bei frischen Fällen von Epilepsie. Das Gift wird -
kleinen Dosen subkutan eingespritzt und macht zunächst eine sehr starke lok-
Reaktion, die bei steigender Dosis geringer wird. Das Allgemeinbefinden wird da-
nicht beeinträchtigt.

Heinrich (112) empfiehlt die Kombination von Baldrianinfus und Brom -
hat zu diesem Zweck unter dem Namen Spasmosan ein Präparat hergestellt, da
in kalt bereitetem Baldrianinfus Bromnatrium, Glyzerinphosphorsäure, Casca-
Sagrada und etwas Eisen enthält. Die Kombination verschiedener Nervina -
intensiver wirken und die Anwendung höherer schädlicher Dosen des einzelne-
Mittels unnötig machen.

Müller (200) und *Rieger* (223) teilen Vergiftungsversuche mit Bromural m-
die nur zu tiefem über 24 Stunden dauernden Schlaf ohne besondere schwe-
Nebenwirkungen führten.

French (83) gibt eine zusammenfassende Darstellung der Therapie, die -
erster Linie eine kausale sein soll, sowohl in bezug auf die prädisponierenden, a-
die auslösenden Ursachen. Von den Brompräparaten will er nicht viel wiss-
empfiehlt aber besonders einige Drogen: Verbena (Eisenkraut) und Solanum
(Nachtschatten), die teils tonisierend, teils antispasmodisch wirken sollen. Auc-
bei Besserungen müssen die Medikamente durch das ganze Leben fortgeset-
werden. Bei den diätetischen Maßregeln tritt er für fleischarme, aber nicht fü-
absolut vegetarische Kost ein.



In einem Buch von über 300 Seiten beschreibt *Rosenberg* (228) seine Epipsiebehandlung, die hauptsächlich in der Anwendung des Epileptol besteht. as Buch tritt aber mit dem Anspruch auf, eine neue individuelle Behandlungsethode zu inaugurieren, die sich auf angeblich neue Tatsachen der Pathogenese ützt. Die letzteren bestehen in der Aufdeckung der „epileptisch-molekularen der molekular-physikalischen" Veränderungen des Gehirns, ganz unklar und bsolut oberflächlich aufgefaßten Beziehungen zwischen Blutdruck und Hirnorgängen und falschen Anschauungen über den Stoffwechsel. Inhalt und Stil es Buches, das in jedem Kapitel unbewiesene Vorwürfe gegen die „schematische Behandlung der Schulmedizin" bringt, sind, gelinde gesagt, marktschreierisch, uf die Wirkung auf ein Laienpublikum berechnet und deshalb auch am Schlusse it einem Lexikon der vom Verf. gebrauchten Fachausdrücke versehen. Der ble Eindruck des Buches wird verstärkt durch einige im Reklameton gehaltene Rezensionen, die dem Rezensionsexemplar beigegeben sind. Nicht wegen der Sonderstellung des Verf., sondern wegen der in ihm zutage tretenden ärztlichen und wissenschaftlichen Ethik ist das Buch eine betrübliche Erscheinung.

Joedicke (128) hat Versuche mit einem unter dem Namen Zebromal in den Handel gebrachten Präparat, das ein Dibrom zimmtsäureäthylester ist, Heilversuche bei Epileptikern gemacht. Es enthält 48% Brom und soll nicht die schädlichen Nebenwirkungen der anorganischen Bromsalze haben. Bei leichteren Fällen wurde Besserung mit 2—3 g pro Tag erzielt, bei schwereren mit 4—7 g, bei ganz schweren Fällen mit häufig auftretenden Paroxysmen und psychischen Veränderungen konnte das Präparat die Bromalkalien nicht ersetzen.

Joedicke (127) hat die Theorien *v. d. Wyß* und *v. d. Velden* über das Verhältnis zwischen Chlor und Bromsalzen in sehr interessanten Versuchen nachgeprüft. Nach der Annahme dieser Forscher sollte die antiepileptische Wirkung des Bromsalzes nur darauf beruhen, daß es das krampferzeugende Chlornatrium rasch aus dem Körper eliminiere; demgemäß wirke auch die kochsalzarme Diät ausschließlich durch die Kochsalzentziehung antispasmodisch. *Joedicke* hat seine Versuche bei 10 Epileptikern sehr sorgfältig angestellt, indem er sie erst eine vierwöchentliche Bromkarenzzeit durchmachen ließ, bis von der früher gegebenen Brommedikation nichts mehr nachzuweisen war. Dann setzte er vier Wochen lang eine kochsalzarme Nahrung ein, die bei gemischter Kost etwa 0,8—1,5 g Kochsalz in den Körper brachte; dann gab er einige Zeit Nahrung von gewöhnlichem Kochsalzgehalt und schließlich vier Wochen lang Nahrung mit 30—40 g Kochsalz täglich. Das Ergebnis dieser Versuche widersprach den theoretischen Anschauungen: Die kochsalzarme Nahrung führte zu schweren physischen und psychischen Störungen: Gewichtsabnahme, delirante und stuporöse Zustände, ohne Abnahme der epileptischen Anfälle. Eine Bromakne heilte bei der kochsalzarmen Diät. Die Übersättigung des Organismus mit Kochsalz wurde viel besser vertragen. Daraus muß man schließen, daß bei den Epileptikern nicht das Defizit von Chlorionen, sondern eine spezifische Bromionenwirkung die therapeutischen und toxischen Veränderungen herbeiführt.

Lewandowsky (165) hat bei einem Fall von traumatischer Epilepsie, bei dem



*Jakson*sche und echt epileptische Anfälle auftraten, an der entsprechenden St[illegible]
trepanieren lassen. Es wurde zwar ein ziemlich hoher Hirndruck, aber kein lok[illegible]
Herd gefunden. Trotzdem war die Pat. nach der Trepanation geheilt.

Unter der Überschrift „Die psychische Behandlung der Epilepsie" [illegible] *Steckel* (252) drei Fälle mit, in denen es sich gar nicht um Epilepsie, sondern [illegible] Psychopathen mit Zwangszuständen, hysterischen Symptomen und einz[illegible] Bewußtseinsstörungen handelt. Auch aus seinen einleitenden Bemerkungen [illegible] hervor, daß er gar keinen wesentlichen Unterschied macht zwischen echter Epilepsie und solchen Zuständen, sondern die letzteren als Hysteroepilepsie, als [illegible] Unterabteilung der Epilepsie auffaßt. Bei solchen Fällen soll die Psychoana[illegible] Heilung erzielen. Hier handelt es sich aber gar nicht um wirkliche Epilep[illegible] sondern nur um falsche Diagnosen, indem andere psychopathische Zustände [illegible] Epilepsie gehalten wurden. Das weiß man schon längst, daß solche Psychopath[illegible] suggestiv, also gelegentlich auch durch die Psychoanalyse geheilt werden kön[illegible] Dann darf man aber nicht von Heilung der Epilepsie reden.

Maier und *Oberholzer* (175) geben eine zusammenfassende Darstellung [illegible] in Nordamerika erlassenen Gesetze bezüglich Kastration und Sterilisation kr[illegible]neller und psychopathischer Individuen und der in der Schweiz in dieser Hinsicht gemachten Erfahrungen. Darunter werden auch einige Epileptiker erwähnt.

B. Chorea und andere motorische Neurosen

Guizzetti und *Camisa* (106) haben fünf Fälle von Chorea, darunter zwei [illegible] tödlichem Ausgang, auch mikroskopisch untersucht und kommen zu dem Resultat, daß es sich dabei um eine disseminierte Enzephalitis handelt mit Beteiligung der Pia, verbunden mit ischaemischen Herden in der Hirnsubstanz, die durch Embolisierung kleinster Arterien hervorgerufen werden. Die Lymphscheideninfiltr[illegible] und die Vermehrung der perivaskulären Glia, die von den Verf. gefunden wur[illegible] halten sie selbst nicht für einen spezifischen Befund der Chorea. An den Ganglienzellen sind geringfügige Veränderungen festzustellen.

Pighini und *Alzina* (213) untersuchten den Stoffwechsel in einem Fall [illegible] chronischer Chorea. Sie fanden vor allem den Stickstoffwechsel verändert, Verminderung des Harnstickstoffs und Vermehrung des ammoniakalischen Stickstoffs bei ausgiebiger Muskelarbeit. Es muß daraus auf eine Vermehrung des Kreatinins und des Ammoniaks während der Muskeltätigkeit geschlossen werden, und die Verf. führen diese Veränderungen auf die geänderten Tonusverhältnisse der Muskulatur zurück.

Marchand und *Petit* (180) teilen zwei Fälle von *Sydenham*scher Chorea mit psychischen Störungen mit. Im ersten Fall trat die Psychose akut im Verlauf der Chorea auf und ging mit dieser in Heilung über. Im zweiten Fall folgte der akut einsetzenden Chorea eine chronische Psychose vom Charakter der Dementia praecox. Die Verf. fassen alle diese und ähnliche psychische Störungen bei der Chorea auf als den Ausdruck des zugrunde liegenden Hirnprozesses, der Enzephalitis, die je nach Intensität, Verlaufsform und Lokalisation akute oder chronische, motorische oder psychische Störungen machen kann; sie meinen, daß die akute

Enzephalitis der *Sydenham*schen Chorea übergehen kann in einen Zustand chronischer Sklerose der Rinde, der das klinische Bild der Dementia praecox erzeugt. Auch die psychischen Störungen und Intelligenzdefekte der *Huntington*schen Chorea sind nur quantitativ verschiedene, aber pathogenetisch gleiche Bilder auf der Grundlage der Hirnerkrankung. Auf einen ähnlichen Standpunkt steht *Mapother* (177), der auch auf die allen Choreaformen eigenen organischen Veränderungen hinweist und sie für die Grundlagen der gelegentlich auftretenden psychischen Symptome hält. Auch die senile Chorea wird von diesen Gesichtspunkt aus aufgefaßt. Unabhängig davon ist die hysterische Chorea, von der Verf. zwei Typen, die rythmische und arythmische, beschreibt.

Ph. Jolly (131) teilt zwei Fälle von Psychosen bei akuter Chorea, die eine mit tödlichem Ausgang, mit und gibt eine Darstellung der Ätiologie und Klinik der Erkrankung. Er kann sich nicht zu der Auffassung einer einheitlichen infektiösen Ätiologie der Chorea bekennen; neben angeborener oder erworbener individueller Disposition kommen Infektionskrankheiten, psychische Einflüsse und Generationswechsel in Frage; ihre Wirkungsweise ist aber noch nicht klargestellt. Auch die psychischen Bilder sind nicht einheitlich und für die choreatische Grunderkrankung nicht spezifisch.

Schuppius (243a) hat zwei Fälle von chronischer Chorea mit den gebräuchlichen Intelligenzprüfungsmethoden untersucht. Er fand erhebliche Störungen der Aufmerksamkeit, ausgesprochenen Defekt des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit, daneben aber und über den durch diese Störungen bedingten Umfang hinausgehend auch eine Einschränkung der ganzen intellektuellen Leistungsfähigkeit, insbesondere auf dem Gebiet der Urteilsbildung. Es handelt sich also um eine wirkliche Verblödung.

Aus der Kieler Klinik werden in Dissertationen Fälle von chronischer Chorea beschrieben.

Ennen (73) schildert die Erkrankung bei Vater und Tochter, vielleicht bedingt durch chronischen Alkoholismus in der Ascendenz. In dem Fall von *Hell* (111) ließ sich eine neuropathische Disposition der Eltern, bei dem Pat. selbst Gehirnhautentzündung in der Jugend feststellen; die Erkrankung kam im 26. Lebensjahr im Anschluß an psychische Erregung zum Ausbruch und verlief typisch.

Schilder (238) hat bei einem 4jähr. hemiplegischen Kind eine genaue Analyse der in der gelähmten Extremität auftretenden athetotischen Bewegungen vorgenommen, indem er Kurven der einzelnen Muskelkontraktionen schreiben ließ. Das Kind starb später und es fand sich ein Herd in der Gegend der basalen Ganglien und einer am Oberwurm des Kleinhirns. Die Analyse der Kurven ergab, daß die scheinbar rythmischen Bewegungen in Wirklichkeit nicht gleichmäßig sind, daß die Kontraktionen in allen Muskelgruppen gleichzeitig sind und daß zwischen den einzelnen Kontraktionen keine selbständigen Spannungsänderungen der Muskeln vorkommen. Verf. schildert dann die Unterschiede zwischen choreatischen und athetotischen Bewegungen: bei der Chorea rasche Zuckungen in wenig variierter Kombination, Hypotonie. Bei der Athetose: langsame Bewegungen, fließende Übergänge aus einer abnormen Stellung in die andere; Spas-



mus mobilis. Aber beide Störungen sind nur motorische Symptomenkomplexe, deren einzelne Elemente in jeder Kombination vorkommen können. Es ist wichtig, den Mechanismus der einzelnen Elementarstörung zu erforschen. Beide Bewegungsstörungen sind Reizsymptome, die choreatischen wahrscheinlich der subkortikalen motorischen Zentren, die athetotischen wahrscheinlich bedingt durch Reizung der Großhirnrinde von den subkortikalen Zentren her durch die Pyramidenbahn oder die anderen extrapyramidalen motorischen Bahnen. Beim Zustandekommen spielen wahrscheinlich eine Rolle Einwirkungen reizauslösender Herde auf ein schon anderweitig geschädigtes motorisches System mit.

Jacobsohn (123) beschreibt bei einem 45jähr. Manne auftretende tonische Krampfzustände im Bein, so daß der Pat. nur auf den Fußspitzen stehen kann, die Achillessehne deutlich hervortritt, der Gang ein klebender, schleppender ist. Da organische Erkrankungen, auch Myotonie, auszuschließen ist, bezeichnet Verf. den Zustand als eine funktionelle Tonusneurose.

Bumke (42) beschreibt tonische Intentionskrämpfe, die bei schnellen, gewollten Bewegungen, z. B. bei Übung des Paradeschrittes, auftreten. Sie sind familiär, aber die elektrische und mechanische Muskelerregbarkeit ist dabei unverändert. Aus diesem Grunde will er auch den Zustand nicht ohne weiteres der Myotonie zurechnen, wenn auch ein gewisser Zusammenhang nicht auszuschließen ist. Gegen einen hysterischen Ursprung des Leidens führt er vor allem das familiäre Auftreten an.

Heilig (110) beschreibt aus der Straßburger Klinik einen Fall von Paramyoklonus multiplex, der durch selten auftretende echte epileptische Anfälle kompliziert ist. Im Anschluß daran wird die nosologische Stellung des Paramyoklonus erörtert. Abzutrennen ist der bei organischen Gehirnerkrankungen gelegentlich symptomatisch auftretende Paramyoklonus. Die eigentliche *Friedreich*sche Krankheit steht in naher Beziehung zur Epilepsie oder in anderen Fällen zur Hysterie. Dagegen ist das Krankheitsbild von der Chorea deutlich abzugrenzen. Die Mechanik des Paramyoklonus ist als eine Sejunktion der höheren motorischen Zentren von den subkortikalen aufzufassen.

Volland (268) hat vier Fälle von Paramyoklonusepilepsie histologisch untersucht. Er fand in der Hirnrinde geringe, nicht charakteristische Zellveränderungen, im Rückenmark übereinstimmend, nur entsprechend der Schwere des Krankheitsbildes verschieden, karyolitische und tigrolytische Vorgänge an den Vorderhornzellen, Hinausrücken des Kernes an die Peripherie oder außerhalb der Zelle, ferner eigentümliche Beziehungen zwischen Ganglienzellen und Kapillaren, die als Ausdruck von Abbauvorgängen zu deuten sind. Dieselben Veränderungen finden sich auch in den motorischen Hirnnervenkernen. Verf. glaubt, daß diese chronischen Abbauprozesse das Rückenmark und die Medulla oblongata in einen erhöhten Erregbarkeitszustand gegenüber allen ihnen zufließenden Reizen versetzen, der klinisch in den myoklonischen Symptomen zum Ausdruck kommt.

Lafora und *Glueck* (152) haben gleichfalls einen Fall von Paramyoklonus klinisch und histologisch untersucht; wegen der Kombination mit häufigen epileptischen Anfällen bezeichnen sie das Krankheitsbild als myoklonische Epilepsie.



Sie fanden im ganzen Gehirn und in allen grauen Massen, vor allem aber in der zweiten und dritten Rindenschicht, zahlreiche Amyloidkörperchen im Innern der Ganglienzellen, perivaskuläre Blutungen, Gliavermehrungen. Die *Betz*schen Zellen und die Vorderhornzellen des Rückenmarks waren frei von diesen Amyloidkörperchen. Über die Entstehung dieser Befunde äußern sie keine Vermutung, lassen aber die Möglichkeit, daß sie doch eine ätiologische Rolle bei dem Zustandekommen der Krankheitserscheinungen spielen, offen. Die Befunde decken sich gar nicht mit den oben erwähnten *Vollands*; sie haben aber doch gewisse Beziehungen dazu, insofern als es sich auch um Abbauvorgänge handelt.

Mendel (192b) gibt eine umfassende Darstellung der Paralysis agitans, unter Berücksichtigung der gesamten Literatur und unter Mitteilung eigener Beobachtungen.

Willige (283a) kommt in einer kritischen Besprechung des Literaturberichts zu dem Resultat, daß die meisten Fälle von jugendlicher Paralysis agitans sich nicht als solche erweisen; nur zwölf sind einwandsfrei; der jüngste davon im 20. Lebensjahre. Das klinische Bild gleicht dem der präsenilen Paralysis agitans; differentialdiagnostisch kommt nur multiple Sklerose in Betracht. Ätiologisch weist das familiäre und hereditäre Auftreten darauf hin, daß diese Fälle vielleicht eine eigene Gruppe bilden. Über ähnliche Fälle berichtet *Bonhöffer* (34).

Tilney (262) beobachtet bei vielen Fällen von Paralysis agitans eine abnorme Stellung des Kopfes und der Wirbelsäule, so daß die eine Schulter gehoben, die andere gesenkt ist, und daß die Längsachse des Kopfes einen Winkel mit der Längsachse des Rumpfes bildet.

Ziehen (290) beschreibt eigenartige funktionelle Krampfzustände von tonischem Charakter im Bereich der Extremitäten, des Kopfes und Rumpfes. Es können hier infolge des fast ununterbrochen bestehenden Krampfes Verkrümmungen, z. B. der Wirbelsäule auftreten. Vielleicht spielt in der Ätiologie hereditäre Belastung eine Rolle. Die Differentialdiagnose gegen andere Krampfneurosen wird erörtert. *Ziehen* bezeichnet die Fälle als chronische Torsionsneurose.

C. Neurosen.

In Form eines größeren Lehrbuches behandelt *O. Dornblüth* (65) das ganze Gebiet der sog. Psychoneurosen. Er gruppiert diese Erkrankungen dabei in die Neurasthenie, worunter er sowohl die endogenen, konstitutionellen Formen, als die erworbenen versteht, die Hysterie und die Psychasthenie, worunter er Zwangszustände, Abnormitäten des Trieblebens und die chronischen Vergiftungen mit Arznei- und Betäubungsmitteln beschreibt. Die drei Gruppen faßt er insofern als nur graduell voneinander verschiedene Krankheitszustände auf, da sie alle drei auf einer verschiedenen persönlichen Prädisposition beruhen, deren verschiedene Stärke unter dem Einfluß der Lebensschädigungen entweder zur Neurasthenie, zur Hysterie oder zur Psychasthenie führt. Alle drei Formen sind aber im wesentlichen Störungen psychischer Natur, und zwar hauptsächlich bedingt durch Abnormitäten des Affektlebens. Sehr gut und ausführlich ist die Therapie besprochen; der erfahrene Praktiker gibt eine Darstellung aller Behandlungsmethoden unter



nüchterner kritischer Beurteilung ihrer Bedeutung. Im ganzen bringt das Buch nichts Neues, ist aber für jeden, der das schwierige und für den Praktiker so wichtige Gebiet kennen lernen will, ein wertvolles Lehr- und Nachschlagebuch.

Auf die psychische Seite in der Pathogenese und den Symptomen der gewöhnlichen Neurosen weisen eine ganze Reihe von Arbeiten hin. So knüpft *Bunnemann* (44) an einige Vorträge des letzten Neurologentages an, um die psychische Seite bei der Genese der Angstzustände und der Zwangsvorgänge mehr zu betonen. Auch bei der Wirkung der Suggestivbehandlung müssen die Imponderabilien der Persönlichkeit berücksichtigt werden. Er erwartet einen Fortschritt der Nervenheilkunde von der Heranziehung erkenntnistheoretischer Begriffe und Auffassungen gegenüber der jetzt noch in der Neurologie üblichen rein somatischen Betrachtungsweise.

Freud (84) hat die psychoanalytische Methode in populären Vorträgen, die er in Amerika gehalten hat, dargestellt. Er bringt darin nichts Neues, versteht es, geschickt und maßvoll die historische Entwicklung und die psychologischen Grundlagen seiner Lehre aufzuzeigen. Auch in dieser Publikation hält *Freud* an der ausschließlich sexuellen Natur der ursächlichen Momente fest und bemerkt nochmal, daß auch bei scheinbar anderer Ursache die weitere Aufdeckung der Vorgeschichte dann mindestens kindliche Sexualtrauma ergebe.

Frank (83) will die im Unterbewußtsein schlummernden affektbetonten Komplexe analysieren und zum Verschwinden bringen, indem er, nicht, wie *Freud*, Traumanalyse treibt oder assoziieren läßt, sondern durch die Analyse der unterbewußten Tätigkeit im Halbschlafzustande bei erhaltener, oberbewußter Aufmerksamkeit.

Adler (4) will an einigen Beispielen zeigen, daß überall, wo in der Psychoanalyse ein Widerstand gegen die weitere Aufklärung auftaucht, es sich um übertriebene Sicherungsmaßregeln des Pat. gegen seine Regungen handelt. Dahin gehört auch der männliche Protest gegen weibliche oder weiblich erscheinende Regungen.

Jones (133), der eifrigste amerikanische Schüler *Freuds*, weist auf die Bedeutung der Traumanalyse für die Erkennung neurotischer Symptome hin, ohne nach irgendeiner Richtung etwas Neues zu bringen.

Bleuler (31) unternimmt eine warme und sachliche Verteidigung der *Freud*schen Theorien. Dabei wendet er sich zuerst gegen die Kritiker *Freuds* und bemerkt, daß sie vielfach ohne persönliche Kenntnis der *Freud*schen Anschauungen und seiner Methode und überhaupt der Tiefenpsychologie vorgehen. An der Hand seiner Anschauungen von der Bedeutung der Affektivität erscheinen ihm die *Freud*schen Mechanismen als selbstverständlich. Manches andere bezeichnet er als Hypothese, die erst noch bewiesen werden müsse. Vor allem wendet sich Bleuler gegen die beweislose Ablehnung aller *Freud*schen Anschauungen.

Reichel (221) hat das Buch *Pfisters* über den Grafen Zinzendorf (vgl. Literaturber. für 1910) kritisch besprochen. Er weist ihm historische Unrichtigkeiten und eine falsche Auffassung nach.

Frank (83) führt das Stottern auf eine Verdrängung der Affekte im Unter-

bewußtsein zurück. Bei äußeren Anlässen — Komplexreizen — wird der Affekt wieder manifest, kann aber nicht abreagieren und wird von neuem verdrängt. Psychische Behandlung im hypnoiden Zustand ermöglicht das Abreagieren.

Rank (218a) analysiert die Lohengrinsage und die von ihr inspirierte Wagnersche Dichtung und findet in ihr Zusammenhänge mit anderen ähnlichen Volkssagen, die alle auf sexuelle Beziehungen hinweisen, insbesondere auf die Konflikte der Pubertätssexualität und ihre Verdrängung; namentlich soll die Bedeutung der Liebe zu den Eltern in ihnen ihren Ausdruck finden. In ähnlicher Weise analysiert *Tausig* (260) die Hamlettragödie und findet den Schlüssel für den Charakter des Hamlet in seiner sexuellen Liebe zu seiner Mutter, die er zu verdrängen versucht hat und die dann wieder wach wird. Es besteht also bei ihm auch der „Oedipuskomplex". In ähnlicher Weise sucht *Abraham* (0) die Bedeutung der Liebe zur Mutter in *Segantinis* Leben und Werken zu analysieren.

Das Jahrbuch für psychoanalytische Forschungen (30) enthält in seinem dritten Band einige Arbeiten von *Freud*, namentlich eine Analyse der bekannten Autobiographie des Paranoikers *Schreber*, sowie Beiträge von *Jung*, *L. Binswanger*, *Pfister* u. a., die sich aber mehr auf das Gebiet der Psychose beziehen.

Das Zentralblatt für Psychoanalyse bringt zahlreiche kleinere Mitteilungen aus dem *Freud*schen Gebiete. Besonders wichtige Einzelheiten sind nicht darunter. Daß auch auf anderen Gebieten der Psychotherapie Auswüchse vorkommen, zeigt eine Kontroverse von *Maeder* gegen *Moll*. Der letztere empfiehlt zur Behandlung der sexuellen Perversionen die Wiedererweckung normaler Sexualempfindungen durch allerlei Mittel, unter denen er bei Homosexuellen entsprechende Lektüre, Abbildungen und Theatervorstellungen erwähnt. Mit Recht weist *Maeder* darauf hin, daß *Moll*, wenn er derartige Mittel empfiehlt, jedenfalls nicht berechtigt ist, ethische und hygienische Bedenken gegen die Psychoanalyse zu erheben. In der von *Moll* herausgegebenen Zeitschrift für Psychotherapie macht *Steckel* (251) einige interessante Bemerkungen über die Beziehungen des Namens zur Neurose des Trägers. Er meint, sehr häufig fühle der Träger die Verpflichtung im Sinne dessen, was sein Eigenname ausdrückt, zu leben und komme dadurch in Konflikte; auch bei Eheschließungen spiele der Name eine Rolle.

Im ganzen bringt die *Freud*sche Schule nicht allzu viel Neues. Auch die Kritik ist ruhiger und sachlicher geworden, ohne daß die entgegengesetzten Anschauungen eine wesentliche Annäherung gezeigt haben. Und trotz aller Bemühungen, dem wertvollen Kern der *Freud*schen „Tiefenpsychologie" gerecht zu werden, wird man von einzelnen Behauptungen und Arbeiten seiner Schüler immer wieder abgestoßen; dahin rechne ich namentlich die Verallgemeinerung der kindlichen Sexualität und gewisse, in das literar-historische Gebiet gehörige Arbeiten, wie die oben erwähnten, die sich von naturwissenschaftlicher und psychologischer Forschung doch sehr weit entfernen.

Unter den *Freud*schen (86) Arbeiten besonders zu erwähnen ist eine dritte Auflage seiner Traumdeutung, die im wesentlichen den vorangegangenen Auflagen folgt, aber namentlich zur Traumsymbolik neues Material beibringt.

Ein weiteres Traumbuch von *Havelock Ellis* (71) hat *Kurella* übersetzt. Er betont mehr den Einfluß von Sinnesreizen auf den Inhalt und den Ablauf der Träume und bringt außerdem wertvolle Anhaltspunkte für die assoziativen Vorgänge im Traumbewußtsein.

Major (176) gibt eine zusammenfassende Darstellung der kindlichen Neurasthenie, die er für seltener hält als die kindliche Hysterie; das Gemeinsame der verschiedenen Störungen ist die leichte Erregbarkeit und leichte Ermüdbarkeit des Nervensystems.

Williams (282) zeigt die Bedeutung einer verständigen Erziehung für die Prophylaxe der Neurasthenie. Diese für Lehrer geschriebene Arbeit ist recht interessant, weil sie uns erkennen läßt, worin eigentlich der große Wert des englischen Erziehungswesens beruht. Die Bedeutung des Spieles und Sports liegt nicht oder nicht ausschließlich in der Betätigung der Körperkräfte, sondern in der Nötigung zur Rücksichtnahme auf andere, zur Selbstbeherrschung und freiwilligen Unterordnung, zur Unterdrückung des körperlichen Schmerzes. Von demselben Gesichtspunkt wird betont die Bedeutung der Körperpflege, die Erziehung zur Ordnung und Reinlichkeit bei Kindern und die damit verbundene Hebung der Selbstachtung. In einer Beobachtung *Williams* (279) zeigt sich als Ursache eines schwer neurasthenischen Zustandes bei einem zweijährigen Kinde der Genuß von Kaffee. Die aufgetretenen Störungen, Unruhe, Reizbarkeit, tikartige Bewegungen und eine Art Koprolalie werden besprochen, aber eine Erklärung nach *Freud* abgelehnt.

Stursberg (257) zeigt an einer Statistik an den Kranken einer Kölner Berufsgenossenschaft, daß die Unfallneurosen gar nicht so häufig sind, als man gemeinhin annimmt. Sie betreffen nur 1,9% der Rentenempfänger innerhalb 20 Jahren; bei 1000 Unfällen entstehen 1,6% traumatische Neurosen. Da diese Ergebnisse mit zwei Statistiken von *Biß* und von *Merzbacher* aus anderen Teilen Deutschlands übereinstimmen, so kann man wohl die gleichen Verhältnisse als überall vorliegend annehmen. Es ist also nicht so schlimm mit der oft befürchteten Demoralisation und nervösen Degeneration durch die Unfallgesetzgebung, zumal auch die Prognose der Unfallneurosen nicht so ungünstig ist, wie häufig angenommen wird.

Stierlin (255) schildert noch einmal die Gesamtergebnisse der nervösen und psychischen Erkrankungen, die bei den großen Katastrophen (Messina, Valparaiso, Courrieres, Mühlheim) beobachtet wurden. Eigentliche Psychosen gab es nur wenige; dagegen zeigten auch sonst normale Menschen psychopathische Reaktionen.

Krause (148) schildert einige Fälle von Neurosen nach Blitzschlag. Sie sprechen für seine Auffassung, daß es sich dabei nicht lediglich um die Wirkung eines psychischen Traumas, um eine traumatische Suggestion im Sinne *Charkots* handelt, sondern man muß eine physikalische Einwirkung auf die nervöse Substanz annehmen, die dadurch zu ihrer hysterischen Reaktionsweise veranlaßt wird. Daß die Symptome wieder verschwinden, spricht nicht dagegen, daß ihnen eine materielle Veränderung zugrunde liegt. Auch die ausführliche Darstellung zahl-

reicher Fälle von *Willige* (283) geht davon aus, daß es sich um eine elektive, materielle Wirkung der elektrischen Entladung auf das Nervengewebe handelt. Dabei kann man zwei Gruppen von Erkrankungen unterscheiden: solche von direkter Blitzwirkung herrührend, mit initialen Bewußtseinsstörungen, vorübergehenden Reizungs- und Lähmungserscheinungen und dauernden Ausfallssymptomen und solche bei mittelbarer Wirkung (durch eine Leitung); hier überwiegt im Krankheitsbild, das oft auf dem Boden endogener Disposition entsteht, die funktionelle Komponente.

Weiner (274) kommt in einer Münchener Dissertation zu dem Resultat, daß die Neurosen nach Blitzschlag sich völlig mit dem Bild der traumatischen Neurosen decken; denn die klinischen Ausfallserscheinungen decken sich nicht mit den anatomischen Veränderungen, welche durch die Einwirkung des Blitzes gesetzt werden.

E. Bischoff (30) zeigt an einem Fall von Starkstromverletzung die Reihenfolge, in der sich die Funktionsstörungen wieder herstellen. Auf psychischem Gebiet zuerst die Auffassung, dann die Merkfähigkeit, dann die Totalerinnerung. Auf nervösem Gebiet: 1. die vegetativen Funktionen, 2. die Reflexe, 3. die Zweckbewegungen, 4. die komplizierten Zielhandlungen.

Schepelmann (237a) bespricht noch einmal an der Hand persönlicher langjähriger Erfahrung die Theorien und die Therapie der Seekrankheit. Es handelt sich zweifellos um eine erhöhte Empfindlichkeit des Nervensystems gegenüber Labyrinthreizungen und er empfiehlt zur Beruhigung als ziemlich prompt wirkendes Mittel Veronal.

Donath (63) schildert einen Fall von zwangsmäßig auftretender Errötungsfurcht, die sich durch das ganze Leben hinzieht und als Abwehrmaßregel zu starken Trinkexzessen und Nächte hindurch fortgesetztem Kartenspiel geführt hat. Daneben ist der Kranke aber noch sexuell pervers, luetisch infiziert und zeigt beginnende reflektorische Pupillenstarre. Krankenhausbehandlung in Verbindung mit Wachsuggestion schafft Besserung.

Bonhöffer (34a) zeigt an drei sehr instruktiven Krankheitsschilderungen, daß das Bild der sog. Neurasthenie, besser der endogenen Nervosität, sehr häufig auf dem Boden einer manisch-depressiven Konstitution und als Zustandsbild einer solchen entstehen kann. Die Abgrenzung dieser endogenen Verstimmungszustände von der eigentlichen erworbenen Neurasthenie ist prognostisch wichtig.

Adler (1) kommt auf Grund der Psychoanalyse zu dem Resultat, daß die Syphilidophobie häufig psychisch bedingt sei und den neurotischen Versuch darstelle, auf diese Weise den Sexualverkehr mit dem anderen Geschlecht zu vermeiden.

Porosz (215) führt eine Anzahl der Beschwerden der Sexualneurastheniker, namentlich Spermatorrhoe und Impotenz, auf lokale Störungen von seiten der Prostata zurück, wodurch eine Atonie des Schließmuskels der Samenblase bedingt werde, und befürwortet eine lokale Behandlung der Prostata.

Reis (221a) hat das Problem der elektrischen Entartungsreaktion des degenerierenden Muskels von neuem in Angriff genommen. Er geht dabei von der Theorie



Nernsts aus, daß der elektrische Strom im tierischen Gewebe Zellenverschiebungen hervorrufe und daß diese an der Grenze verschiedener Medien Konzentrationsänderungen bedingen. Er konnte experimentell durch Eintauchen eines Froschmuskels in verschiedene Salzlösungen eine Umkehr der Polwirkung erhalten. Es handelt sich also bei der Entartungsreaktion um eine Veränderung der Muskelsubstanz, wahrscheinlich ihres Salzgehaltes, vielleicht infolge einer Alteration der Zellmembranen. Nach *Reis* ist also die Umkehr der Polwirkung bei der Entartungsreaktion eine tatsächliche. Auch die Begleiterscheinungen, faradische Untererregbarkeit, träge Zuckung werden auf eine Veränderung der Muskelsubstanz zurückgeführt. Gegen die Darstellung von *Reis* polemisieren *Wiener* und *Boruttau*, welche daran festhalten, daß die Umkehrung der Pole bei der Entartungsreaktion nur eine scheinbare ist. Als neurotonische Reaktion beschreibt *Jakobsohn* (122) nach dem Vorgang von *Remark* eine tetanische Nachdauer der Muskelkontraktion bei indirekter, vom Nerv aus erfolgter Reizung, während die direkte Muskelreizung normal ist. Klinisch scheint die Reaktion, die *Jakobsohn* bei Syringomyelie fand, ohne Bedeutung.

Schellong (237) bespricht die Neuralgien im allgemeinen und gibt kurze klinische Darstellungen besonderer, in der Praxis häufig vorkommender Formen. Die meisten Neuralgien haben nach seiner Auffassung im Nervenstamm selbst ihren Sitz; dabei handelt es sich, wie er namentlich aus den traumatischen Neuralgien schließt, nicht um bloße Reizwirkung, sondern um pathologische Veränderungen am Nerven selbst. Im ganzen ist er geneigt, die Rolle der idiopathischen Ischias zugunsten der symptomatischen einzuschränken. Bei anderen Neuralgien ist der Sitz im Wurzelgebiet zu suchen. Mit Recht macht Verf. auf das häufige Vorkommen von Brachialneuralgien aufmerksam, die außer durch lokale Affektionen (Gelenke, Schleimhäute), namentlich rheumatisch oder durch Erkältungen bedingt werden. Bei der Ischias findet *Gara* (92-93) als fast regelmäßiges Symptom einen heftigen Schmerz bei senkrechtem Fingerdruck auf die Bauchdecken, etwas unterhalb und seitlich des Nabels und sieht in diesem Symptom einen Beweis für die Entstehung der Ischias im Plexus ischiadicus selbst; jede Änderung des intraabdominalen Drucks macht die Schmerzen. Eine solche Änderung wird außer durch manuellen Druck auch hervorgerufen durch Anspannung der Bauchpresse beim Husten oder Niesen, weshalb auch der hierbei auftretende Beinschmerz ein diagnostisch wichtiges Symptom ist. Ebenso spricht nach seiner Auffassung ein anderes von ihm häufig gefundenes Symptom: starke Druckempfindlichkeit des Darmfortsatzes des letzten Lendenwirbels dafür, daß es sich bei der Ischias um eine Wurzelerkrankung handelt. Beide Symptome sind außerdem für die Diagnose der Ischias sehr charakteristisch.

v. Breemen (39) gibt Anhaltspunkte für die physikalische Behandlung der Ischias, die er namentlich bei den chronischen Formen empfiehlt. Hier muß die Behandlung von der wahrscheinlichen Ätiologie des Leidens ausgehen. Am meisten lobt er die lokale Wärmeapplikation, gelegentlich verbunden mit richtig angewandter Massage, Fango, Lichtbäder, Diät; bei der neurasthenischen Form auch die Anodengalvanisation. *Barth* (10) gibt eine Darstellung der Behandlungs-

ıethoden der Ischias durch Injektion und Infiltration. Das von *Lange* angeebene Verfahren benutzt eine Eukain-Kochsalzlösung, von der 100 ccm auf einnal unter starkem Druck an der Austrittsstelle der Nerven durch den Glutäus ındurch in die Nervenscheide eingespritzt werden. *Barth* selbst injiziert nur Kochsalzlösung mit Karbolwasser und nur 5 ccm auf einmal. Der Erfolg der Inektion soll entweder auf der Lösung angenommener Verwachsungen zwischen Nervenscheide und Nerven, oder auf der Entspannung der Muskulatur beruhen, weshalb man auch gleich die unblutige Dehnung der Nerven ausschließen kann. Jedenfalls sind die Infiltrationsmethoden angebracht in hartnäckigen Fällen, für die sonst keine kausale Therapie möglich ist.

Brémond und *Dur* geben eine Darstellung der Rekurrenslähmungen aus peripherischen und zentralen Ursachen, erläutern die Anatomie und bringen kasuistisches Material. *Salzer* (235) bespricht allerlei kongenitale Anomalien der Sehnervenpapille, welche zur Verwechslung mit Neuritis, beginnender Stauungspapille oder beginnender Atrophie im ophthalmoskopischen Bilde Anlaß geben können. *Rosenbaum* (226) beschreibt Herpes zoster bei eitriger Nierenentzündung und bei einer traumatischen Nierenzertrümmerung. Im ersten Fall hielt sich der Herpes genau an die von *Head* als charakteristisch für Nierenerkrankungen bezeichnete zehnte Dorsalzone; im zweiten Fall verbreitete er sich auch über die Nachbarzonen, vielleicht weil die schwere Zertrümmerung der Niere auch zu blutiger Imbibition des Peritoneums und der Weichteile in der Nähe der Niere geführt hatte.

Röper (225) zeigt an einer statistischen Bearbeitung der in der Jenenser Klinik in 10 Jahren behandelten Neurastheniker, daß die Heilaussichten wenigstens im sozialen Sinne nicht ungünstig sind; nach einer Reihe von Jahren waren noch 85,3% der Behandelten erwerbsfähig; das ist sozial sehr bedeutsam. In ähnlicher Weise hat *Römer* (224) das Material eines Privatsanatoriums verarbeitet. Unter seinen 340 Fällen fand sich ein kleiner Teil (3,5%) echt erworbene Neurasthenie; diese heilten alle. Die übrigen 328 Fälle waren konstitutionelle Neuropsychosen verschiedener Art. Von diesen waren nach durchschnittlich 6—7 Jahren noch 56—77% erwerbsfähig, wenn auch nicht völlig geheilt. Am schlechtesten sind die Heilaussichten bei der konstitutionellen Verstimmung (56,5%), am besten bei den leichten Formen der Zyklothymie (77,5%).

Rudnitzky (230) nimmt an, daß die Fälle, die in der Praxis als Neurasthenie diagnostiziert werden, nur selten als reine Neurasthenie betrachtet werden dürfen. Bei aufmerksamer Untersuchung lassen sich gewöhnlich Anomalien innerer Organe feststellen, die die Beschwerden der Patienten in ganz anderem Lichte erscheinen lassen. Unter 242 vom Verf. untersuchten „Neurasthenikern" wiesen nur 22, also etwa 9%, keinerlei physische Erkrankungen auf. 19 von ihnen litten an Lues, Anämie, Malaria, Arteriosklerose, Helminthiasis, gynäkologischen Affektionen usw. Bei 173, also 70%, dieser Patienten konnte perkutorisch eine Dämpfung an einer der Lungenspitzen festgestellt werden, während sonst — abgesehen von etwaigen Pleuraaffektionen — keine pathologischen Erscheinungen seitens der Lungen vorlagen. Weitere 28 Patienten boten neben Lungen- und Pleuraerschei-



nungen auch Zeichen anderer Leiden (meist Malaria, aber auch Lues). *R.* erörtert eingehend die ätiologische und symptomatologische Seite seiner Fälle, betont die Ähnlichkeit zwischen den Symptomen der Neurasthenie und den allgemeinen Erscheinungen der Tuberkulose, tritt energisch gegen die Auffassung auf, nach der die Tuberkulose stets eine progrediente Erkrankung ist, die sich nach einiger Zeit in mehreren somatischen Erscheinungen manifestieren müsse, und kommt zu dem Schluß, daß die Neurasthenie in einer sehr bedeutenden Anzahl von Fällen mit Tuberkulose zusammenhängt oder richtiger als eine Äußerung der Tuberkulose aufzufassen ist. (*Fleischmann*-Kiew.)

Donath (63) schildert kurz die verschiedenen Bestrebungen der Psychotherapie, zeigt das Wesentliche der Hypnose, der Wachsuggestion, den Kern der *Freud*schen analytischen Verfahren und bespricht eingehender die rationelle Psychotherapie, wie sie von *Dubois* gelehrt wird.

Krone (150) schildert die Patienten, welche die Badeorte wegen körperlicher Beschwerden aufsuchen, bei denen aber genauere Untersuchung ergibt, daß sie „nur nervös" sind. Hier ist neben der Balneotherapie und einer vorsichtig ausgeübten lokalen Behandlung vor allem psychische Beeinflussung am Platze, die die Patienten den Mangel ihres Anpassungsvermögens an die äußeren Verhältnisse erkennen und beheben lehrt. Besonders gehören dazu auch die in der Pubertät stehenden Kinder mit der Diagnose Anämie.

Bergmann (22) gibt dem gebildeten Nervösen und Neurastheniker ein Buch in die Hand, das ihn in das Wesen und die Ursachen der nervösen Leiden einführt und ihm zeigt, was er aus eigener Kraft zur Unterstützung der ärztlichen Bemühungen tun kann. Das Buch will eine Diätetik der Seele geben.

Joffe (130) kommt auf Grund experimenteller Untersuchungen zu dem Resultat, daß starker Druck bei der Nervenmassage zu vermeiden ist. Unter dem Namen Wasserdruckmassage bezeichnet *Dreuw* (66) Vorrichtungen, bei denen strömendes Wasser eine über eine Röhre mit vielen Öffnungen gespannte Gummimembrane in lebhafte Bewegung versetzt. Die verschiedenen nach diesem Prinzip hergestellten Apparate sollen sich hauptsächlich für die Massage von Körperhöhlen eignen. *Wiszwianski* (285) gibt eine Darstellung nach *Cornelius*, der Theorie ihrer Wirkung und der Praxis ihrer Anwendung, ohne daß dadurch ihr Wesen klarer und verständlicher wird.

Schanz (236) macht in Anknüpfung an ähnliche Anschauungen *Schöns* aufmerksam auf Augenmuskelstörungen, die er für die Quelle von Kopfschmerz und Nervosität hält. Es handelt sich namentlich um Innervationsanstrengungen bei der Konvergenz, wenn die Augen in der Ruhelage nicht symmetrisch stehen. Mit der Zeit tritt hier eine Innervationsschwäche auf, die schwere nervöse Beschwerden auslösen kann; bei Korrektion durch geeignete Gläser verschwinden diese Beschwerden.

Aswadurow (6-7) faßt die Migräne auf als Folge von Myalgien (unbekannten Ursprungs) in der Kopf- und Nackenmuskulatur. Dafür sprechen die begleitenden Sympathikussymptome, namentlich die Pupillenveränderungen; er denkt sie sich entstanden durch Druckwirkung des myalgischen Sternokleidomastoideus auf



las Ganglion cervicale supremum. *Schottin* (240) geht von der Annahme aus, daß lie Ursachen der Migräne in einer abnormen Reizbarkeit der psychosensorischen ınd sensiblen Rindenzentren zu suchen seien, und da die Spasmophilie der Kinder, lie nach seiner Ansicht auf ähnlichen Ursachen beruht, durch Phosphor gebessert vird, verordnet er bei Kindern Phosphorlebertran, bei Erwachsenen eine Phos- ›horlezithinverbindung. *Ad. Schmidt* (239) zeigt an mehreren Fällen, daß die Magenbeschwerden bei manchen Formen von Migräne ein den Kopfschmerzen koordiniertes Symptom sind, das nicht als ätiologisches Moment der Migräne gelten kann. Der Zusammenhang scheint so zu sein, daß äußere Ursachen eine Magenstörung veranlassen, und daß diese dann gewissermaßen die Migräne- symptome auf den Magen ablenkt.

D. Hysterie.

Kohnstamm (142) bemüht sich um eine Theorie der Hysterie, die er auf den von ihm entwickelten Begriff des „Gesundheitsgewissens" aufbauen will. Darunter versteht er das bewußte oder unbewußte Gefühl für eine richtige Regulierung der Funktion der einzelnen Organe, denen er ein Sonderbewußtsein, eine Spaltseele zuschreibt; er versteht darunter natürlich das Eigenbewußtsein des Kranken für ein bestimmtes Organ. Die Hysterie ist dann für ihn ein Defekt des Gesundheitsgewissens, der den einzelnen Organen oder ihrem Bewußtsein eine selbständige Rolle zu spielen erlaubt. Nicht alle psychogen entstandenen Symptome sind hysterisch; nur bei einem Defekt des Gesundheitsgewissens werden sie zur Teilerscheinung einer echten Hysterie.

Dubois (67) bezeichnet als hysterisch die funktionellen Störungen, welche unter dem Einfluß von Gemütsbewegungen entstehen und auch persistieren, wenn die Ursache weggefallen ist. Diese Fixation kommt zustande durch eine Realisierung der aus den Affekten entspringenden Empfindungen, was *D.* als sinnliche Impressionabilität bezeichnet.

Maeder (173) hebt in der Kritik dieses Vortrages hervor, daß dieser bei der Ätiologie der hysterischen Symptome jetzt im Gegensatz zu seinen bisherigen Anschauungen die Bedeutung der Affektivität anerkenne, und stellt die Auffassung *Dubois* von der Hysterie in Parallele mit der *Freud*schen Auffassung.

Steyerthal (253) betont in einer populär gehaltenen Schrift gegenüber dem Staatsanwalt *Wulffen* seinen schon früher vertretenen Standpunkt, daß es keine Hysterie als Krankheitseinheit, sondern nur hysterische Symptome gibt. Das sucht er an zahlreichen Beispielen aus der Literatur zu erweisen. In ähnlicher populärer Weise ist das Büchlein von *Aub* (8) gehalten, das aber für eine Krankheitseinheit Hysterie eintritt und die Zeichen dieser Erkrankung auch bei männlichen Individuen nachweist.

Semi Meyer (194) hält an der Hysterie als einer eigenen Krankheit fest und führt, wie schon in einer früheren Arbeit, aus, daß diese Krankheit charakterisiert ist durch die Fähigkeit, wirkliche Krankheitserscheinungen („Produkte") entstehen zu lassen. Er bemüht sich, die Pathogenese und die Grenzen dieser Krankheit zu bestimmen. Nicht durch Vorstellungen werden diese Krankheitsprodukte



hervorgebracht, sondern durch Störungen des normalen Assoziationsvorgangs, und zwar durch Heraushebung gefühlsbetonter Momente, die mit irgendwelchen an sich unabhängigen Vorgängen in eine abnorm feste, assoziative Verknüpfung treten. Es wird also den Affekten und ihren körperlichen Begleiterscheinungen die Hauptrolle bei der Entstehung der Hysterie zugewiesen; diese körperlichen Begleiterscheinungen, abnorm fixiert, sind eine Quelle der Hysteriesymptome. Die anderen sind wirkliche, an sich wenig wichtige Erlebnisse, die durch die Angst vor Krankheit fixiert werden. Sehr gut ist auch die scharfe Trennung gegen die gewöhnliche Suggestion und gegen die Hypochondrie durchgeführt.

In einer anderen Arbeit gibt *S. Meyer* (195) für das Vorgetragene Belege, indem er die Gesamtheit der hysterischen Erscheinungen in fünf Gruppen teilt und danach unterscheidet: Monosymptomatische Hysterie, Organhysterie, Hysterie mit Allgemeinerscheinungen, Anfallshysterie und Hysterie mit schweren psychischen Störungen.

Th. Becker (17) schildert in einem Vortrag die im Metzer Garnisonlazarett zur Beobachtung gekommenen Hysteriefälle, die alle Formen der hysterischen Störungen zeigen. Die interessante Kasuistik bietet im übrigen nichts prinzipiell Neues. Die Darstellung von *Booth* (34b) gibt einige, auch aus der deutschen Literatur bekannte Methoden zur Unterscheidung organischer von hysterischen Lähmungen, Kontrakturen und Sensibilitätsstörungen; es werden auch einige Fingerzeige für die Behandlung einzelner hysterischer Symptome gegeben; dasselbe unternimmt ein Vortrag von *Bychowski* (46).

Sträußler (256) beschreibt aus seinem militärärztlichen Material eine Gruppe von Fällen, die er als eine besondere Form des hysterischen Dämmerzustandes zusammenfassen will. Es handelt sich um erwachsene, wenn auch noch jugendliche Personen, die ein der Dementia praecox ähnliches Zustandsbild darbieten: kindliches, läppisches Wesen, absonderliche manirierte Bewegungen und Haltungen. Es ist aber hier keine wirkliche Demenz eingetreten, sondern die Fälle heilten und dann blieb nur noch ein hysterischer Charakter nachzuweisen. Verf. bezeichnet diese Zustände, die eine gewisse Ähnlichkeit mit dem *Ganser*schen Symptomenkomplex zeigen, als psychischen Puerilismus. *Kauffmann* (138) berichtet einen Fall von Hysterie, der zahlreiche vegetative Störungen auf rein funktioneller Grundlage zeigte: also starke Schwankungen des Gewichts, des Blutdrucks, der Urinmengen und der Temperatur. Er glaubt, daß es sich hier um funktionelle Störungen vegetativer Zentren des Gehirns, unabhängig und neben den psychischen, handelt.

E. Schilddrüsenerkrankungen.

Über *Basedow*sche Krankheit liegt ein größeres zusammenfassendes Referat von der Karlsruher Naturforscherversammlung vor. Dabei sprach *Gottlieb* (103) über die Theorie der *Basedow*schen Krankheit und zeigte, daß ein großer Teil der Symptome darauf beruht, daß das Schilddrüsensekret das sympathische Nervensystem für Adrenalin überempfindlich macht, ferner, daß der Abbau gewisser Giftstoffe im Organismus durch das Schilddrüsensekret verhindert wird, was sich experimentell für das Morphin erweisen läßt.



Simmonds (246) kommt auf Grund anatomischer Untersuchungen zu dem Resultat, daß der *Basedow* ein Symptomenkomplex ist, hervorgerufen durch anaomisch verschiedenartig bedingte Funktionsstörungen der Schilddrüse. Aber ast immer lassen sich anatomische Veränderungen in der Schilddrüse nachweisen.

Sta ck (249) gibt Klinik und Symptomatologie der abortiven Formen, die er ıls Thyreotoxikosen bezeichnet; bei ihnen ist die klinische Symptomentrias oft ıicht nachzuweisen, und man ist auf leichtere flüchtige Symptome, die oft das Bild der einfachen Neurasthenie vortäuschen, angewiesen. Von der nicht chirurgischen Therapie empfiehlt er in erster Linie Ruhigstellung des Nervensystems lurch psychische und körperliche Diät, Ausspannung, Vermeidung von Nerveneizen. In manchen Fällen hat er gute Erfolge von Phosphor und von Arsen geehen. Endlich äußert sich *Rehn* (220) über Indikation und Technik der Schildlrüsenoperation bei *Basedow.*

Sänger (232) bespricht ebenfalls die verschiedenen *Basedow*theorien. Zur Therapie empfiehlt er zuerst innerliche Behandlung, wobei er im Gegensatz zu *Starck* gute Erfolge von Antithyreoidin und Rodagen gesehen hat. Erst wenn damit ın längerer Zeit nichts zu erreichen ist, soll die operative Therapie versucht werden.

Goldflam (100) warnt vor dem Gebrauch hoher Joddosen, namentlich vor der subkutanen Einspritzung hoher Jodipindosen, weil dadurch basedowartige Symptome erzeugt werden können, wie er dies nicht nur bei Kranken mit angedeutetem Kropf, sondern bei solchen mit ganz anderen Erscheinungen, z. B. einem Fall von Pseudotumor cerebri und einem mit beginnender Tabes gesehen hat.

Ohlemann (206) glaubt aber, daß kleinere Joddosen, innerhalb der von der Pharmakopoë gegebenen Grenzen bei *Basedow* unschädlich seien, und empfiehlt namentlich Jodtinktur tropfenweise innerlich.

Aryagi (5) bestätigt auf Grund histologischer Untersuchungen die hypothetisch angenommene Schädigung des sympathischen Nervensystems beim *Basedow.*

Nonne (205) berichtet über sein eigenes Material von *Basedow*kranken. Er glaubt, daß die *Möbius*sche Theorie nicht für alle Fälle gelten kann. Denn in 39 Fällen sah er 10mal ausschließlich psychogene Ursachen und gelegentlich schnelle Heilung unter Suggestionswirkung.

Krecke (149) hebt hervor, daß man durchaus nicht immer alle Symptome bei den *Basedow*erkrankungen antrifft; sehr häufig fehlen z. B. die Augensymptome. Er schlägt deshalb vor, den Namen *Basedow* ganz fallen zu lassen und von Thyreosen zu sprechen, von denen er drei Grade unterscheidet. Beim 1. Grad liegen nervöse und Stoffwechselstörungen und subjektive Herzbeschwerden vor; beim 2. Grade tritt neben anderen Symptomen Tachykardie auf; beim 3. Grad läßt sich der Komplex: Exophthalmus, Kropf, Tachykardie, nervöse Störungen und Stoffwechselstörungen nachweisen.

Iuschtschenko (136a) untersucht in mehreren experimentellen Arbeiten das Verhältnis der Schilddrüse zu einigen Fermenten, indem er bei gesunden und thyreoektomierten Tieren die Organe auf Nuclease und Katalase untersuchte, die hämolytischen und antitryptischen Eigenschaften des Serums prüfte. Die

Einzelheiten der Resultate müssen im Original nachgelesen werden; sie weisen aber darauf hin, daß die Schilddrüse eine hohe Bedeutung für die fermentativen Prozesse des Gewebsstoffwechsels besitzt.

7. Intoxikations-Psychosen.

Ref. Peretti-Grafenberg.

1. *Abramowsky*, Abstinenz oder Temperenz. Fortschr. d. Med. Nr. 17.
2. *Agostini*, Alcoolismo e psicosi alcooliche nella provincia dell'Umbria. Perugia. 51 p.
3. *Appel*, Über die Entstehungsursachen des chronischen Alkoholismus und speziell über die Bedeutung des chronischen Alkoholismus in der Psychiatrie. Inaug.-Diss. Würzburg. (S. 244*.)
4. *Austregesilo*, A proposito de um caso de polinevrite escorbutica. Arch. Brasileiros de med. no. 5. (S. 253*.)
5. *Babcock*, The prevalence and psychology of pellagra. Americ. journ. of insan. vol. 67, no. 3, p. 517, january 1911. (S. 257*.)
6. *Babcock* and *Cutting*. Prevalence of Pellagra. Washington. Government printing office.
7. *Barbé* et *Benoist*, Les troubles de la sensibilité dans la morphinomanie, la cocaïnomanie et l'heroïnomanie. L'Encéphale no. 3, p. 257.
8. *Bardin*, Analysis of the blood in fourteen cases of pellagra. Americ. journ. of insan. no. 2, p. 271.
9. *Barnes*, Pupillary disturbances in the alcoholic psychoses. New York. Med. journ. 13. Mai 1911. (S. 245*.)
10. *Bauer*, Haben die Kampfesmethoden der Abstinenten einen einwandfreien wissenschaftlichen und kulturellen Wert? II. Aufl. 108 S. Berlin, Paul Parey. (S. 251*.)
11. *Bausenwein*, Über die alkoholischen Geistesstörungen. Jahresber. der Münch. Psych. Klinik für 1908 u. 1909. (S. 243*.)
12. *Beaussart*, Defaut d'équilibre mental; alcoolisme chronique;

internements et délits multiples. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. no. 1, p. 28.

13. *Belletrud* et *Froissard*, L'alcool et l'aliénation mentale dans le Var. Annal. d'hygiène publ. et de méd. légale.

14. *Bernardi*, Un caso della malattia di Korsakow. Annali d. fren. e scienze affini 21, fasc. 1, p. 52.

15. *Boitard* et *Olivier*, Délire d'incubation à forme maniaque dans la fièvre typhoïde. Gaz. des hop. no. 22, p. 318.

16. *Bonhoeffer*, Alkohol-, Alkaloid- und andere Vergiftungspsychosen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 14. (S. 242*.)

17. *Bresler, J.*, Tabacologia medicinalis. 1. H. S. 75. 1,50 M. Halle, Marhold. (S. 254*.)

18. *Brunzlow*, Aus der Alkoholwissenschaft. Sammelber. Deutsch. militärärztl. Ztschr. H. 11. (S. 243*.)

19. *Busch*, Über den Einfluß des Alkohols auf Klarheit und Umfang des optischen Bewußtseins. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 17, H. 1—4, Bd. 18, H. 1 u. 2. (S. 246*.)

20. *Chartier*, La désintoxication rapide de la morphine et de la diacétylmorphine, considéré au point de vue hématologique. La semaine méd. no. 23.

21. *Chotzen*, Korsakowsche Psychose und chronisch-halluzinatorische Krankheitsbilder. Berlin. klin. Wschr. Nr. 8, S. 363 (S. 252*.)

22. *Colin*, Alcooliques et epileptiques à réactions dangereuses et violentes. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. no. 6, p. 224.

23. *Cramer* und *Vogt*, Über die Ursachen des Alkoholismus. Die Alkoholfrage Jahrg. VII, H. 2, S. 97. (S. 243*.)

24. *Crothers*, Inebriety, its treatment and curability. The med. record no. 4, p. 153.

25. *Crothers*, The alcoholproblem as seen in ancient and modern times. Merksarchives Mai 1910. (S. 249*.)

26. *Crothers*, The cure of inebriates. Pacific med. journ. Mai. (S. 249*.)

27. *Crothers*, Can inebriates be cured by physical means in hospitals? Med. record 14. Oct. (S. 249*.)

28. *Crothers*, Some distinct psychoneuroses common to all cases of inebriety and alcoholism. The lancet clin. 16. Dec. (S. 249*.)

29. *Curschmann*, Über die diagnostische Bedeutung des Babinski-



schen Phänomens im präurämischen Zustand. Münch. m. Wschr. Nr. 39, S. 2054. (S. 260*.)

30. *Damaye*, Mélancholie confusionelle toxituberculeuse avec anx. et idées de negation. Disparition des idées délirantes paral. lement à la guérison de la tuberculose. Revue de psy. no. 4. (S. 259*.)

31. *Damaye* et *Desruelles*, Excitation maniaque chez une déséquilibr. tuberculeuse. Les lésions encéphaliques. Revist. frenopat. española no. 102, p. 161. (S. 260*.)

32. *Donath*, Die vererbte Trunksucht, mit besonderer Rücksicht a. die Dipsomanie. Österr. Ärzte-Ztg. Nr. 1—2. (S. 248*.)

33. *Dornblüth*, Morphiumentziehung mittels Opium und Pantop. Deutsch. med. Wschr. Nr. 15, S. 697. (S. 253*.)

34. *Dupouy*, L'opiumisme d'Edgar Poë. Annal. méd.-psychol. 69e an. no. 1, p. 5. (S. 254*.)

35. *Ehmsen*, Über die Korsakowschen Symptomenkomplexe und Poly. neuritis. Kiel. (S. 252*.)

36. *Einsler*, Beitrag zur Lehre der doppelseitigen Radialislähmung auf alkoholischer Basis. Wien. klin. Rdsch. Nr. 20, S. 3.. (S. 253*.)

37. *Fahr*, Beiträge zur Frage des chronischen Alkoholismus. Virchow Arch. Nr. 205, S. 397. (S. 248*.)

38. *Famenne*, Psychoses avec délire systematisé, consécutives à un infection gonococcique. Le progrès médicale. 39e ann. no. 43, p. 523.

39. *Fehlinger*, Ist Alkoholismus eine Ursache der Entartung? H. Groß' Arch. Bd. 41, H. 3 u. 4, S. 302. (S. 248*.)

40. *Felzmann*, Cas de bromisme avec troubles cérébraux. Arch intern. de neurol. 33e ann., vol. I, 9e série, mars, p. 152

41. *Flinker*, Die Pellagra als Volkskrankheit. Deutsche Vjhrschr. f. öffentl. Gesundhtspfl. Nr. 43. S. 271—277. (S. 257*.)

42. *Filser*, Über alkoholische Mischzustände und chronische Alkohol-halluzinosen. Jahresber. d. Münch. psych. Klin. f. 1908 u. 1909. (S. 243*.)

43. *Forel*, Alkohol und Keimzellen. (Blastophthorische Entartung.) Münch. med. Wschr. Nr. 49, S. 2596. (S. 247*.)

44. *Fouqué*, Un cas de confusion mentale avec délire onirique chez



une albuminurique. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. no. 2, p. 59.

5. *Fraenkel*, Beitrag zur Ätiologie des Korsakowschen Symptomenkomplexes. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 48, H. 2, S. 754. (S. 252*.)

6. *Frankl-Hochwart*, Die nervösen Erkrankungen der Tabakraucher. Deutsche med. Wschr. Nr. 49 u. 50, S. 2273 etc. (S. 254*.)

7. *Fransen*, Trunksucht und ihre Pflege. Geneesk. tijdschr. v. Belgie no. 2, p. 39.

8. *Fröhlich*, Die Toxikologie des Tabakrauches und des Nikotins. Deutsche med. Wschr. Nr. 49. (S. 255*.)

9. *Geier*, Über die Korsakowsche Psychose. Ssowremennaja Psych. H. 1—2. (Russisch). (S. 252*.)

0. *Giese*, Zur Kenntnis der psychischen Störungen nach Kohlenoxydvergiftungen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 68, H. 6, S. 804.

1. *Göring*, Vergleichende Messungen der Alkoholwirkung. Psychol. Arb., herausgeg. von Kräpelin VI. Bd., H. 2, S. 261. (S. 246*.)

2. *Gurewitsch*, Über durch Ergotinvergiftung hervorgerufene psychische Krankheiten. Ssowremennaja Psych. H. 3—4 (russ.) und Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. V, H. 2, S. 269. (S. 258*.)

53. *Gorrieri*, Richerche ematologiche nell' Alcoolismo. Riv. sperim. di fren. vol. XXXVII, p. 612—630. (S. 247*.)

54. *Gregor*, Pellagra and the psychoses. The alien. and neurol., Nov., vol. XXXII, no. 4, p. 600.

55. *Gruber*, Der Alkoholismus. 128 S. 1,25 M. Leipzig, Teubner. (S. 243*.)

56. *Guillain* und *Laroche*, Gifte und Nervensystem. Sem. méd. Nr. 29.

57. *Halle*, Zur Symptomatologie des Delirium tremens alcoholicum. Inaug.-Diss. Würzburg. (S. 244*.)

58. *Heydner*, Über Digalenvergiftung. Münch. med. Wschr. Nr. 28, S. 1511. (S. 257*.)

59. *Higier*, Beitrag zur Klinik der psychischen Störungen bei chronischem Kokainismus. Mnch. med. Wschr. Nr. 19, S. 503. (S. 254*.)

60. *Hoffmann* u. *Marx*, Retrograde Amnesie nach Kolhenoxydver-

giftung oder epileptischer Dämmerzustand? Ztschr. f. Medizinalber. Nr. 14. (S. 257*.)

61. *Holitscher*, Alkoholismus. (Sammelreferat.) Vjhrschr. f. gerichtl. Med., Juli, H. 3, S. 195. (S. 243*.)
62. *Holitscher*, Alkoholismus und Nachkommenschaft. Prag. med. Wschr. Nr. 7. (S. 248*.)
63. *Hoppe*, Ist Alkoholismus eine Ursache der Entartung? Groß' Arch. Bd. 45, H. 1 u. 2. (S. 248*.)
64. *Hotter*, Alkohol und Verbrechen in Niederbayern. Mtschr. f. Kriminalpsychol. Jahrg. VIII, S. 228. (S. 251*.)
65. *Hudovernig*, Akute Autointoxikationspsychose. Orvosi Hetilap Nr. 19.
66. *v. Hueber*, Ein Fall von Adalinvergiftung. Münch. med. Wschr. Nr. 49, S. 2615. (S. 257*.)
67. *Hyslop*, Beeinflussung der körperlichen und geistigen Entwicklung der Nachkommenschaft durch Alkoholmißbrauch. Lancet 14. Januar.
68. *Isserlin*, Kräpelins Experimente mit kleinen Alkoholdosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. VI, H. 5, S. 589. (S. 246*.)
69. *Jahrmaerker*, Zur Oberhessischen Ergotismusepidemie von 1855/56. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u, Psych. Bd. V, H. 2, S. 191. (S. 259*.)
70. *Jeske*, Die Abnahme der Frequenz des Delirium tremens in Breslau im Gefolge der Branntweinbesteuerung von 1909. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 68, H. 3, S. 353.
71. *Juliusburger*, Adalin bei Entziehung von Morphium und Alkohol. Deutsche med. Wschr. Nr. 43, S. 1989. (S. 253*.)
72. *Kanngießer*, Eine Vergiftung durch Beeren der Atropa Belladonna. Münch. med. Wschr. Nr. 47, S. 2505. (S. 256*.)
73. *Kirby*, Alkoholpsychosen bei den einzelnen Völkerrassen. Journ. of americ. assoc. 1. Juli.
74. *Koch*, Psychosen bei Karzinomkachexie. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 260*.)
75. *Köhler*, Tuberkulose und Psyche. Med. Klin. Nr. 47. (S. 259*.)
76. *Koppe*, Projekt zur völligen Beseitigung der Volkstrunksucht bei gleichzeitiger beträchtlicher Vermehrung der Staatseinnahmen in Rußland. 12 S. Moskau.
77. *Laysmann*, Posteklamptische Psychosen. Inaug.-Diss. Bonn.

78. *Leschke*, Über Vergiftung mit den Riechstoffen der Tuberkelbazillen. Med. Klin. Nr. 12, S. 460. (S. 260*.)

79. *Löwy*, Subakute Raucherparanoia und einige andere Fälle von diffusem Beachtungswahn aus dem Gefühle subjektiver unbestimmter Ursache oder unbestimmter Angst (drohendem Unheil, unbestimmter Erwartung) und aus dem Gefühle allgemein erhöhter Importanz der Eindrücke. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. V, H. 4, S. 603. (S. 255*.)

80. *Maier*, Zur Frage der Alkoholordination. Korrespbl. f. Schweiz. Ärzte Nr. 4. (S. 250*.)

81. *Marchiafava*, *Bignami* und *Nazari*, Über Systemdegeneration der Kommissurbahnen des Gehirns bei chronischem Alkoholismus. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 19, H. 3 u. 4. (S. 248*.)

82. *Mayr*, Über Endzustände bei Korsakowscher Psychose. Inaug.-Diss. München.

83. *Mignot*, La lutte antialcoolique en France. La clin. no. 27, p. 427.

84. *Minor*, Zahlen und Beobachtungen aus dem Gebiete des Alkoholismus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. IV, H. 4, S. 588. (S. 250*.)

85. *Möller*, Geisteskrankheit infolge Schwefelkohlenstoffvergiftung. Ztschr. f. Medizinalbeamte H. 8, S. 297. (S. 256*.)

86. *Moll*, Kräpelins Experimente mit kleinen Alkoholdosen. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. Bd. III, H. 2, S. 65 und H. 5, S. 257. (S. 246*.)

87. *Morel-Lavallée*, La Kentomanie ou „Manie de piqûre“ chez les morphinomanes. Sa guérison comme premier acte de la cure du morphinisme. Bull. et mémoires de la soc. méd. d. hôpitaux de Paris. 28- ann. nov. 15, p. 562.

88. *Morel-Lavallée*, Sevrage brusque et sevrage progressif des morphinomanes. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôpitaux de Paris. no. 8, p. 238.

89. *Morpurgo* Ricerche sulla Associazione delle idee nei Pazzi Pellagrosi. Riv. sperim. di freniatria. vol. XXXVII p. 195—225. (S. 258*.)

90. *Müller*, Sammelbericht über Arbeiten auf dem Gebiete der Alkoholpsychosen aus den Jahren 1906—10. Ztschr. f. d. ges.

Neurol u. Psych. Ref. u. Ergeb. Bd. IV, H. 1, S. 1. (S. 243*.)

91. *Näcke*, Alkohol und Homosexualität. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 68, H. 6, S. 852.
92. *Pel*, Eine Tabakspsychose bei einem 13jährigen Knaben. Berl. klin. Wschr. Nr. 6, S. 241. (S. 256*.)
93. *Perrot*, Zur Behandlung des Alkoholismus mit Atropin. Wratschebnaja Gazeta no. 37 (russ.). (S. 249*.)
94. *Perry*, A report of two cases of pellagra. Americ. journ. of insan. vol. 67, no. 3, january, p. 553. (S. 258*.)
95. *Pighini* e *Ravenna*, La pretesa influenza delle stagioni sulla tossicita delle culture di Aspergillus fumigatus. Riv. pellagrologica. Italiana anno 11. (S. 258*.)
96. *Popow*, Behandlung des Alkoholismus mit Atropin. Wratschebnaja Gazeta no. 37 (russ.). (S. 249*.)
97. *Rauson* und *Scott*. Die Erfolge der medikamentösen Behandlung von 1106 Fällen von Delirium tremens. The americ. journ. of the med. sciences, Mai 1911, p. 673.
98. *Riera*, Psicosis infecciosas y autotóxicas. Rev. frenopática españ. no. 106, p. 289.
99. *Roberts*, Pellagra. Journ. of americ. assoc., 10. Juli.
100. *Rohde*, Zwangsweise Unterbringung von Trinkern in Heil- und Bewahranstalten. Mtschr. f. Kriminalpsychol. Jahrg. VII, S. 525. (S. 251*.)
101. *Rohde*, Wann muß eine Trinkeranstalt und besonders eine Irrenanstalt einen gegen seinen Willen festgehaltenen Trinker entlassen? Mtschr. f. Kriminalpsychol. Jahrg. VIII, H. 1, S. 1. (S. 251*.)
102. *Rollmann*, Klinische Beobachtungen über den Korsakowschen Symptomenkomplex. Inaug.-Diss. Bonn u. Wien. kl. Rdsch. Nr. 41. (S. 252*.)
103. *Rosenberg*, Über Delirium tremens nach Trauma. Ztschr. f. ges. Neurol. u. Psych. Bd. VI, H. 2. (S. 245*.)
104. *Roullier*, Korsakowsche Psychose im Verlauf einer Graviditäts-polyneuritis. Presse méd. 12. Juli.
105. *Sarteschi*, Sopra una speciale alterazione della sostanza bianca



in un caso di alcoolismo cronico. Riv. sperim. di freniatria vol. XXXVII, p. 115—135. (S. 252*.)

106. *Saunders*, The gynecological, obstetrical and surgical aspects of pellagra. A policlin. study. Americ. journ. of insan. vol. 67, no. 3, p. 541. (S. 258*.)

107. *Schenk*, Psychologie des Trinkers. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 24, S. 501. (S. 247*.)

108. *Schenk*, Die Alkoholfrage. (Sammelber.) Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 3, S. 54; Nr. 4, S. 75, und Nr. 16, S. 335. (S. 243*.)

109. *Schenk*, Kleinste Alkoholdosen. Ein Beitrag zum Streite Moll-Kräpelin. Deutsche Mediz. Ztg. Nr. 29. (S. 247*.)

110. *Schmidtmann*, Der Einfluß des Alkohols auf den Ablauf der Vorstellungen.. Psychol. Arbeiten, herausg. von Kraepelin, Bd. VI, H. 2, S. 300. (S. 246*.)

111. *Schröder*, Zur Behandlung der Morphinisten. Berl. klin Wschr. Nr. 7, S. 281. (S. 253*.)

112. *Siebert*, Vergiftungspsychose nach dem Genuß von Radix hyoscyami nigri. Petersb. med. Wschr. Nr. 35. (S. 256*.)

113. *Siemerling*, Infektions- und autotoxische Psychosen (Delirium, Amentia). Ztschr. f. ärztl. Fortb. Nr. 21, S. 637. (S. 259*.)

113a. *Solbrig*, Staatliche und städtische Maßnahmen gegen den Alkoholismus. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. Bd. 51, I. Suppl.-H., S. 1. (S. 250*.)

114. *Stapel*, Das Verhalten der Pupillen bei der akuten Alkoholintoxikation. Alkoholversuche bei psychisch Gesunden und Minderwertigen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 29, H. 3, S. 216. (S. 245*.)

115. *Stepanoff*, Beiträge zur Kenntnis des Korsakowschen Symptomenkomplexes bei Lues cerebri. Inaug.-Diss. Berlin.

116. *Sternberg*, Alkoholische Getränke als Hypnotica. Ther. d. Gegenwart, Dezember.

117. *Sternberg*, Die Übertreibungen der Abstinenz. 2. Aufl. Würzburg, C. Kabitzsch. 93 S. 2,40 M.

118. *Valtorta*, Mentalità e reazioni psicologiche dell' alcoolismo. Rassegna di studi psich. fasc. I, 4, p. 353.

119. *Voivenel* et *Fontaine*, Notes sur 20 cas de pellegre observés



dans les asiles d'Auch (Gers) et de Saint-Sizier (Ariège). Journ. de neurol 5. janv. (belgique).

120. *Wittermann.* Beiträge zur Kenntnis des Alkoholismus in München. Münch. med. Wschr. Nr. 24. (S. 247*.)

121. *Wohlwill,* Das Verhalten des Blutdrucks im Delirium tremens. Arch. f. Psych. Bd. 48, H. 1, S. 147. (S. 245*.)

a) Allgemeines.

Bonhoeffer (16) besprach in dem vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen veranstalteten Zyklus von Vorträgen über „Die Grundzüge der modernen Psychologie und Psychiatrie" die Intoxikationspsychosen. Den größten Raum nehmen in dem Vortrag die Alkoholpsychosen ein. Mit Recht betont er, daß das Moment der individuellen Disposition zu dem exogenen Faktor hinzukommen muß und diesen sogar bei manchen Zuständen fast überwiegt. Einige Punkte aus den Ausführungen mögen besonders hervorgehoben werden. Das Wesen des chronischen Alkoholismus läßt sich nach *B.* dahin resümieren, daß er eine epileptoide Veränderung darstellt. Der chronische Alkoholist befindet sich in einem Zustande einer mehr oder weniger starken Herabsetzung des Sensoriums mit Erschwerung der Auffassung und Neigung zum Illusionieren und in einer Affektrichtung, die geneigt ist, die Dinge gereizt und ängetlich aufzufassen. So kommt es leicht zu epileptischen Anfällen, pathologischen Rauschzuständen und Beeinträchtigungsideen, insbesondere Eifersuchtsideen. Bei Delirium tremens handelt es sich nicht lediglich um eine Exazerbation des chronischen Alkoholismus, sondern um eine Autointoxikation, indem sich auf dem Boden des Alkoholismus ein neues toxisches Agens bildet, das für den Ausbruch der akuten Psychose ein neues ätiologisches Moment ausmacht. Für den Ausbruch eines Delirium ist die plötzliche Alkoholentziehung nicht hochgradig zu bewerten, aber auch nicht als ganz belanglos zu bezeichnen. Die therapeutische Verabreichung von Alkohol bei ausgebrochenem Delirium beeinflußt dessen Ablauf nicht, wohl aber den Tremor, die Ataxie und die motorische Unruhe. Alkohol ist in der Therapie des Delirium entbehrlich und aus sozialpädagogischen Gründen eher zu meiden. Die Verabreichung von Digitalis, wenn nötig unterstützt durch Kampfer, ist zu empfehlen. Die Selbstmordgefahr ist bei Delirium nicht groß, wohl aber bei der Alkoholhalluzinose, die oft mit Angst und Verfolgungsideen einhergeht. Die periodische Trunksucht ist nicht generell der Epilepsie zu subsumieren, mitunter handelt es sich wirklich um Epilepsie, aber gerade auch die Degenerierten verfallen in ihren Verstimmungen dem periodischen Trunke.

Mehr noch wie beim Alkoholismus ist beim Morphinismus und Kokainismus die psychopathische Anlage von Bedeutung. Vielleicht ist sogar die Charakteränderung der Morphinisten im Sinne der Lügenhaftigkeit lediglich als ein ungehemmtes Hervortreten der degenerativen Anlage aufzufassen. *B.* hält die Furcht vor Abstinenzerscheinungen bei der Morphiumentziehung für sehr übertrieben.



er hat bei plötzlicher Entziehung niemals Psychosen gesehen, rechnet allerdings hysterische Erregungen von kurzer Dauer nicht als Abstinenzerscheinungen.

Die praktische Bedeutung der gewerblichen Vergiftungen (Blei usw.) hat im letzten Jahrzehnt infolge Verbesserung der Betriebsvorschriften zweifellos abgenommen. Aber auch bei den Alkoholpsychosen macht sich ein Rückgang bemerkbar, während man bei Morphinismus und Kokainismus von einer Zunahme spricht.

b) Alkoholismus.

G. Gruber (55) hat in seinem in der Sammlung „Aus Natur und Geisteswelt" erschienenen Grundriß „Der Alkoholismus" wie *Max v. Gruber* in seinem Begleitwort sagt, viel Mühe und Fleiß aufgewendet, um aus der Literatur über den Alkoholismus das wissenschaftlich am besten Begründete zusammenzutragen und in einer dem gebildeten Laien verständlichen Weise darzustellen.

Cramer und *Vogt* (23) besprechen die Ursachen des Alkoholismus in übersichtlicher Weise und heben u. a. hervor, daß neben der psychopathischen Veranlagung („es gibt auch einen geborenen Trinker") die Gewalt äußerer Umstände, vor allem das Bekanntwerden mit dem Alkohol in der Kindheit und Jugend, die Erziehung zum Alkoholismus eine Hauptrolle spielt. Die Menge der Alkoholproduktion und der als Infektionsherde anzusprechenden Produktionsstätten, sowie die Wohnungsnot und die mangelhafte Fähigkeit der Frau, sich im häuslichen Leben, insbesondere der Kochkunst zu betätigen, sind weitere bedeutsame ursächliche Momente.

In seinem Sammelbericht über Arbeiten auf dem Gebiete der Alkoholpsychosen aus den Jahren 1906—1910 bringt *Müller* (90) alles Wichtige und ermöglicht so einen raschen Überblick über den Stand der Forschungen und Ansichten über Alkoholpsychosen.

Weiter haben *Holitscher* (61) und, wie schon früher, *Schenk* (108) über die Alkoholfrage zusammenfassend referiert, und *Brunzlow* (18) beginnt mit einem Sammelbericht „Aus der Alkoholwissenschaft", der für Sanitätsoffiziere bestimmt ist.

In dem Jarhesbericht der Münchener Psychiatrischen Klinik für 1908 und 1909 berichtet *Bausenwein* (11) über die alkoholischen Geistesstörungen, 533 Fälle, darunter 71 Frauen. Auffallend ist die geringe Zahl von 45 Männern und 3 Frauen mit Delirium; 3 Männer starben im Delirium. Wegen Rausches, z. T. bei chronischem Alkoholismus, wurden der Klinik in den zwei Jahren 261 Männer und 35 Frauen zugeführt, ein Prävalieren einzelner Monate für die Alkoholexzesse ließ sich nicht deutlich erkennen.

Bemerkenswert ist in dem Münchener Bericht noch die Arbeit von *Filser* (42) über alkoholische Mischzustände und chronische Alkoholhalluzinosen. Eine reine Scheidung des Delirium und der Halluzinose ist in vielen Fällen nicht möglich. *F.* verfügt über 28 Fälle von Mischformen und unterscheidet: 1. Delirien, die außer dem typischen Symptomenkomplex noch Erscheinungen der Alkoholhalluzinose unverkennbar aufweisen (8 Fälle), 2. Besonnene Delirien, bei denen delirante Erlebnisse von großer sinnlicher Deutlichkeit bei völlig erhaltener



Besonnenheit, speziell intaktem Bewußtsein und erhaltener Orientierung vorhanden sind (5 Fälle), 3. Alkoholhalluzinosen mit deliranten Erscheinungen (6 Fälle), 4. Fälle von Delir und Alkoholhalluzinose, bei denen Gefühlshalluzinationen bzw. Sensationen im Vordergrund stehen (5 Fälle) und 5. Fälle, bei denen Delir und Halluzinose in kurzen Zwischenräumen aufeinander folgen. Das Zustandekommen solcher Mischformen erklärt sich am besten durch die Annahme, daß es sich bei Delirium tremens und Alkoholhalluzinose wahrscheinlich um verschiedene Lokalisationen eines und desselben Krankheitsprozesses handelt und daß die durch den Alkohol gesetzte Schädigung nicht immer elektiv diesen oder jenen Hirnteil ergreift, sondern auch mitunter verschiedene Gebiete zugleich. Die Häufigkeit der Mischformen in Bayern erklärt sich wohl daraus daß durch den in Bayern überwiegenden Biergenuß möglicherweise die typischen Bilder des Deliriums und der Halluzinose, die man in reiner Form fast nur bei Schnapsgenuß sieht, verschwommen und verwischt werden. Die strittige Frage nach dem Vorkommen chronischer Alkoholpsychosen bejaht *F.* auf Grund seines Materials von 31 Fällen, von denen alle bis auf 4 dem halluzinatorischen Schwachsinn (*Kräpelin*) angehörten.

Zum Schlusse führt *Filser* noch einen Fall von Äther mißbrauch bei einem Kunstschüler und einen Fall von Benzin delir bei einem Handschuhwäscher an.

Appel (3) zeigt an dem Material der Würzburger psychiatrischen Klinik, daß auch hinter einem scheinbar unkomplizierten chronischen Alkoholismus sich höchst interessante Krankheitszustände verbergen können. Abgesehen von den pathologischen Rauschzuständen ließen sich nachweisen: periodisch-manische und zirkuläre Zustände, Paranoia, Dementia praecox, psychopathische Persönlichkeiten und Epilepsie. Bemerkenswert ist, daß in Würzburg epileptische Dipsomanen nicht beobachtet wurden, die Dipsomanen vielmehr den Manisch-kalischen und Periodikern zugehörten. Im allgemeinen kann man nach *Appels* Ansicht die Krankheitsfälle trennen in solche, bei denen der chronische Alkoholismus zweifellos psychisch motiviert ist, z. B. bei Stimmungsanomalien heiteren oder depressiven Charakters, hypochondrischen Wahnideen, krankhafter Willensschwäche, von solchen, bei denen eine wirkliche psychische Motivierung nicht nachweisbar ist, wie bei der sogen. Dipsomanie epileptischen Charakters und Fällen von Diabetes insipidus.

Halle (57) bespricht einige wesentliche und wichtig erscheinende Symptome der in der Würzburger psychiatrischen Klinik in den Jahren 1895 bis 1908 aufgenommenen Alkoholdeliranten, deren Prozentsatz von der Gesamtzahl der Aufgenommenen nur 4,58% der Männer und 0,24 % der Frauen betrug. Von den 72 Deliranten starben 6, d. i. 8,33%. Albuminurie war in 59,72% der Fälle vorhanden, Pupillenstarre in keinem der Fälle. Am eingehendsten teilt *H.* seine Versuche mit dem leeren Blatt an 24 Kranken möglichst wörtlich mit und stellt insbesondere die Wortumbildungen in Parallele mit den Sprachstörungen im Traume und hypnagogen Halluzinationen bei Gesunden. Merkwürdig war die räumliche Desorientiertheit bei mehreren Kranken, die nicht nur die Situationsbeurteilung im Krankenzimmer, sondern vor allem auch die Beurteilung bekannter landschaftlicher Gegenden (Würzburg vom Fenster der Klinik aus) betraf.



Wohlwill (121) untersuchte das Verhalten des Blutdrucks bei 30 Alkoholdeliranten während der ganzen Dauer der Krankheit. Er fand im Beginn des Deliriums eine Steigerung des systolischen und diastolischen Blutdrucks, des Pulsdrucks und des Amplitudenfrequenzprodukts, in den späteren Stadien bei schweren Delirien oft einen jähen Abfall des Pulsdrucks und in der Rekonvaleszenz eine starke Labilität des Pulsdrucks. Wahrscheinlich ist die Steigerung des Blutdrucks bedingt durch ein Zusammenwirken vasomotorischer Einflüsse und eines vermehrten Schlagvolumens infolge von größerem Blutbedürfnis der funktionierenden Muskulatur. Prognostische Bedeutung kommt der Blutdruckmessung bei Deliranten nicht zu.

Die Fälle von Delirium tremens, in denen mit Sicherheit der Zusammenhang mit einem Trauma angenommen werden kann, sind selten. *Rosenberg* (103) hat einen solchen Fall beobachtet, wo ein 33jähriger Alkoholist am zweiten Tage nach einem Sturz aus dem Korb eines von einem anderen gelenkten Fahrrades, wobei er einer Kontusion des ½ Stunde lang unter den Schutzrahmen eines Motorwagens eingeklemmten rechten Oberschenkels davontrug, an Delirium erkrankte. *R.* schließt sich der *Bonhoeffer*schen Ansicht an, daß es ein durch Abstinenz allein hervorgerufenes Delirium nicht gibt, daß vielmehr noch besondere Umstände hinzukommen müssen, und erblickt in der psychischen Wirkung des Unfalls — Angst während der Einklemmung, dann Freude, daß nichts passiert war und später Angst wegen Schwellung und Verfärbung des Beines — solche besonderen Umstände. Außer dem zuerst physiologischen, dann pathologisch werdenden Angstaffekt wirkten auf den Stoffwechsel, dessen Störungen für das Auftreten eines Deliriums bedeutsam sind, auch noch die Bettruhe, der Kostwechsel und der Aufenthalt im geschlossenen Raume ungünstig ein.

Stapel (114) stellte an 34 Degenerierten, Imbezillen und Hebephrenen und an 12 Studenten, alle im Alter um das 20. Jahr herum, Versuche über das Verhalten der Pupillen im akuten Alkoholrausch (60—280 ccm Alkohol) an und beobachtete folgende Wirkungen: 1. Erweiterung der Pupillen beiderseits in gleichem Grade vielleicht nach anfänglicher, nur selten in die Erscheinung tretender Verengerung; Pupillendifferenz oder Formveränderungen wurden nicht beobachtet. 2. Die Adaptationsfähigkeit der Netzhaut an eine veränderte Beleuchtung wird herabgesetzt, verlangsamt. 3. Die Reaktion der Pupille auf Licht bzw. Akkommodation und Konvergenz erfolgt träger, Ablauf und Ausgiebigkeit sind herabgesetzt. 4. Die Reaktion auf sensible und sensorische Reize und die Psychoreaktion erfährt eine Veränderung im Sinne einer Herabsetzung bzw. Steigerung. 5. Alle diese Pupillenveränderungen treten bei psychisch minderwertigen und invaliden Individuen schon bei geringen Alkoholdosen schneller, intensiver und nachhaltiger in Erscheinung als bei geistg gesunden und widerstandsfähigen. Im pathologischen Rausche kann hochgradige Pupillenträgheit bis zur absoluten Pupillenstarre bestehen. Bei geistig Gesunden treten, selbst bei hohen Alkoholdosen, im normalen Rausche keine gröberen Pupillenveränderungen, keine starren Pupillen in Erscheinung.

Nach den Untersuchungen von *Barnes* (9) sind Pupillenstörungen



bei Trinkern nicht häufig. Echte reflektorische Pupillenstarre ist außer-ordentlich selten. Immerhin ist das *Argyll-Robertson*sche Symptom kein untrüg-licher Beweis für das Bestehen einer organischen Gehirnkrankheit.

(*Geller*-Grafenberg.)

Aus den experimentellen Untersuchungen von *Busch* (19) über den Einfluß des Alkohols auf Klarheit und Umfang des optischen Bewußtseins mögen folgende Ergebnisse hervorgehoben werden. Nach einer Alkoholgabe von 30 ccm Alkohol, in einer Verdünnung auf 33% innerhalb 5 Minuten genommen fand sich eine deutliche Herabsetzung der tachistoskopischen Auffassung ein-facher visueller Reize. Der Bewußtseinsgrad des ganzen beobachteten Feldes war gegenüber dem Normalzustand in allen Teilen gesunken. Die Wirkung des Alkohols war 10 Minuten nach dem Genuß schon deutlich und bestand noch bei Abschluß der etwa 50 Minuten dauernden Versuche; mehrfach zeigte sich eine Nachwirkung über 24 Stunden hinaus, in einer schlechten Disposition der folgenden Tage. Subjektiv wurde von den Untersuchten eine ausgesprochene Einengung des Bewußtseins auf wenige Dinge bemerkt, begleitet von einem behaglichen, aber gleichgültig-apathischen Gefühlszustand.

Göring (51) prüfte bei 11 Potatoren das Auffassungs- und Rechen-vermögen sowie die motorische Kraft nach Zufuhr von 40 ccm Alkohol. Alle leisteten bei der Auffassungsprüfung weniger; bei den Rechenprüfungen fand er bessere Leistungen bei 3, schlechtere bei den übrigen. Auf die Kraft übte der Alkohol bei 6 eine lähmende, bei den anderen eine erregende Wirkung aus. Eine starke Besserung der motorischen Kraft wird man als pathologisch bezeichnen müssen, und diese gesteigerte motorische Erregbarkeit hat, besonders wenn sie mit einer wesentlichen Verschlechterung der Auffassung verbunden ist, große forensische Bedeutung, da auf diese Weise im Dämmerzustand eine Erregung, also ein pathologischer Rausch auftritt. Versuche an 4 Pflegerinnen und 3 weib-lichen Psychopathen zeigten, daß bei den Frauen eine erhebliche physiologische Intoleranz besteht und vor allem die Bewußtseinstrübungen im Vordergrund stehen.

Schmidtmann (110) fand bei seinen an 7 Medizinern vorgenommenen Ver-suchen über den Einfluß des Alkohols (40 ccm) auf den Ablauf der Vor-stellungen folgendes: Bei freier Assoziation begünstigt der Alkohol das Auf-treten von Klangassoziationen, die Assoziationszeiten werden verlängert, die Streuung der Worte wird nicht beeinflußt. Bei Subsumptionen zeigt sich eine leichte Zunahme der Fehler, keine Einwirkung auf die zeitlichen Verhältnisse. Das Auffinden von Reimen wird insofern erleichtert, als die hierzu nötige Zeit kürzer wird, zugleich macht sich eine starke Neigung zur Bildung sinnloser Reime geltend. Die Ausführung von Übersetzungen wird erschwert, die Reaktionszeiten werden länger, die Fehler zahlreicher.

Über *Kräpelins* Experimente mit kleinen Alkoholdosen ist ein scharfer Streit entbrannt, in dem *Moll* (86) mehrfach das Wort ergreift, um zu beweisen, daß *Kräpelin* schon kleine Dosen Alkohol für gefährlich erklärt hat und daß bei seinen Experimenten die Suggestion eine Fehlerquelle darstellte. *Isserlin* (68) nennt d



„Nachweise" *Molls* haltlose Behauptungen. *Schenk* (109) stellt sich mehr auf den *Moll*schen Standpunkt und will überhaupt den experimentell-psychologischen Forschungen nicht den allein ausschlaggebenden Wert beimessen, da sie die Affekte, die doch in hervorragendem Maße unser Handeln beeinflussen, nicht berücksichtigen.

Gorrieri (53) untersuchte das Blut von 8 Alkoholdeliranten und fand Verminderung des Hämoglobingehalts und der Zahl der roten Blutkörperchen, polynukleäre Leukozytose im akuten Stadium der Krankheit, gesteigerten Blutdruck, Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit der Blutkörperchen, Vermehrung des osmotischen Drucks des Blutserums.

Nach *Schenk* (107) finden sich die der Trinkerpsyche beigelegten drei Eigenschaften: Impulsivität, geistige Ataxie (Störung oder Aufhebung des Abschätzungsgefühls für geistige Distanzen, Übersehen der eigenen und der fremden Interessenkreise) und geistige Desequilibrationen (plötzlicher Umschlag der Geisteslage) auch bei geistig Minderwertigen ohne Alkoholismus. Der Alkohol schafft in der größten Mehrzahl der Fälle keine neue Eigenschaften, sondern verstärkt bereits in Erscheinung getretene Charaktereigenschaften oder versetzt vorhandene Anlagen aus dem Latenz- in den aktiven Zustand. Denn wie sich mehr und mehr herausstellt. stellen die psychopathisch Minderwertigen das größte Kontingent der Trinker.

Gegenüber *Graeter* und *Stöcker*, die den chronischen Alkoholismus vielfach nur als ein sekundäres Symptom anderer Psychosen, insbesondere der Dementia praecox betrachtet wissen wollen, betont *Wittermann* (120) die Bedeutung des Milieus für die Entstehung des chronischen Alkoholismus. Von Haus aus psychisch Gesunde können durch die in München herrschenden Trinksitten zu chronischen Alkoholisten werden. Bei dem gewöhnlichen hauptsächlich durch das Milieu bedingten Alkoholismus wird die Widerstandslosigkeit gegen die Trinksitten größer, es tritt eine progressive Gleichgültigkeit gegenüber den Folgen des Potatoriums auf und der Schwachsinn mit seiner Unfähigkeit zur Erkenntnis der Notwendigkeit der Abstinenz kann rein alkoholischen Ursprungs sein und braucht keineswegs im Sinne einer Dementia praecox gedeutet zu werden. An Beispielen, die keineswegs von verkommenen Alkoholisten stammen, zeigt *W.*, daß bei Münchener Arbeitern. die wegen Alkoholismus eingeliefert wurden, von dem täglichen Durchschnittseinkommen von 3,60 bis 4 M. annähernd 1 M. auf die Ausgabe für Bier fällt, also 25 bis 27,7%.

Forel (43) erörtert die Alkoholblastophthorie, von der er zwei Formen annimmt, die akute durch Rausch während der Zeugung herbeigeführte Keimzellenvergiftung und die chronische, die durch Einwirkung täglich genossener Alkoholdosen die Keimdrüsen beständig alteriert und schließlich die Keimzellen dauernd krank macht. Statistische, anatomische und tierexperimentelle Untersuchungen beweisen, daß die Entartung durch Keimvergiftung unbedingt feststeht, aber die Frage muß noch durch weitere Erhebungen, Beobachtungen und Experimente immer tiefer ergründet werden. Gegen die Entartung unserer Kulturrassen, die auf verkehrter Zuchtwahl (Erhaltung der Schwachen und Entartung und Tötung im Krieg oder Überlastung der Kräftigen und Gesunden) und auf dem zunehmenden Alkoholkonsum beruht, kann nur mittels Abstinenz



und Eugenik erfolgreich gekämpft werden. In Schweden hat sich infolge der Abstinenzbewegung seit 1880 eine stetige Besserung des Resultates der Rekrutenaushebung gezeigt, damals 29%, jetzt nur noch 19% Untaugliche.

Holitscher (62) erörtert unter Bezugnahme auf die Forschungen von *Laitinen* und *v. Bunge* die Gefahren des Alkoholismus für die Nachkommenschaft und hält es für wichtig, daß die Zweifel an der keimschädigenden Wirkung des Alkohols, die bezüglich der Trunksucht, des Übermaßes kaum mehr bestehen, auch für den mäßigen Genuß getilgt werden. Bei der großen Zahl von Abstinenten hofft er, daß in frühestens 10 Jahren an der Hand von ärztlichen Fragebogen brauchbare Ergebnisse der Forschungen über die Gesundheitsverhältnisse der Nachkommenschaft von Abstinenten zu erwarten sein werden.

Nach *Fehlinger* (39) berechtigt nichts zu dem Schlusse, daß erbliche Entartung zu den üblen Folgen des Alkoholmißbrauchs gehört. Wenn auch der Alkoholgenuß häufig dazu führt, die vorhandene Entartung zum Vorschein zu bringen, was von anderen Umgebungseinflüssen in gleicher Weise gilt, so kann man doch von der Beseitigung des Alkohols ein Verschwinden der Entartung nicht erwarten. Die Mehrzahl der Verbrecher, ob Alkoholiker oder nicht, ist defekt veranlagt, und darauf sind ihre Straftaten zurückzuführen. Deshalb sind die auf „Besserung" gerichteten Bestrebungen aussichtslos.

Gegenüber *Fehlinger* hält *Hoppe* (63) nach dem heutigen Stande der Wissenschaft nichts für sicherer, als daß der Alkohol sowohl als akute Vergiftung zur Zeit der Zeugung als auch als chronischer Alkoholismus und zwar selbst in Mengen, die man allgemein als mäßig anzusehen gewöhnt ist, eine exquisit degenerierende Wirkung hat.

Donath (32) weist auf die erbliche Übertragung des Alkoholismus der Eltern und Vorfahren auf die Nachkommen sowohl in gleichartiger als ungleichartiger Form hin und kommt nach der Schilderung von fünf Fällen dipsomanischer Kranken zu dem Schlusse, daß die Dipsomanie in ihrer reinen Form endogenen Ursprungs ist, eine Erscheinung der psychischen Degeneration darstellt und von der symptomatischen Dipsomanie, als einer Begleiterscheinung von Psychosen, Epilepsie getrennt werden muß.

Marchiafava, *Bignami* und *Nazari* (81), die schon früher über eine Alteration des Corpus callosum bei chronischen Alkoholisten berichtet hatten, verfügen jetzt über ein Material von 12 Fällen, in denen sich eine Systemdegeneration der Kommissurbahnen des Gehirns fand; sie glauben, daß diese Krankheitsfälle sowohl vom klinischen als auch vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus eine eigene Stellung einnehmen und daß der Alkohol in einer konstanten elektiven Weise hauptsähclich auf die Kommissurbahnen wirkt.

Fahr (37) stimmt mit anderen Autoren darin überein, daß die Leberzirrhose nur bei einzelnen Säufern vorkommt, wenn auch die Zirrhose am häufigsten bei Potatoren gefunden wird, und stellt als Kardinalsymptom der reinen chronischen Alkoholvergiftung die Verfettung der Leber hin, die von entzündlichen Veränderungen begleitet sein kann, aber keineswegs begleitet zu sein braucht. Der Alkohol ist aber nicht das einzige ursächliche Moment der Ver-



fettung, als Hilfsmoment spielt die bei fast allen chronischen Alkoholikern sich geltend machende Alkoholkachexie eine Rolle.

Crothers (24—28) kämpft in seinen kleinen Aufsätzen mit großer Energie gegen den bisherigen therapeutischen Nihilismus in der Trinkerbehandlung. Einfache Einsperrung und erzwungene Abstinenz erreichen nichts. Intensive ärztliche Tätigkeit, die jeden Kranken besonders behandelt, ist nötig.

Verf. unterscheidet scharf den chronischen Alkoholiker und den periodischen Trinker. Bei dem ersteren sind die Heilungsaussichten schlecht, denn hier handelt es sich meist um tiefgehende irreparable Störungen, dagegen sind die therapeutischen Erfolge bei periodischen Trinkern recht gut. Bei ihnen ist die Trunksucht nur ein Symptom, nicht aber die Ursache des Leidens. Je nach der Art des Grundleidens wird man seine therapeutischen Maßnahmen treffen. Bei einzelnen ist Änderung der Ernährung und energische Hautanregung mittels Bäder am Platz; bei anderen bedarf es vor allem reichlicher Bewegung in frischer Luft, bei wieder anderen bringt Entfernung aus der gewohnten Umgebung und verlängerter Schlaf Heilung. Zuweilen genügt allein eine Beschäftigungs- und Ablenkungstherapie. Die Hauptsache ist wohl stets die psychische Behandlung, die lange fortgesetzt werden muß. In ein paar Wochen kann nichts erreicht werden. *Crothers* verlangt mindestens viermonatelange Krankenhausbehandlung und mehrjährige Nachbehandlung in der Familie. Die noch viel verbreiteten Schnellkuren werden gebührend zurückgewiesen. Daß aber zuweilen ein einfaches Rezept bei periodischer Trunksucht Nutzen bringen kann, gibt Verf. zu und führt selbst einen einschlägigen Fall an. Einem Richter, der sonst ganz abstinent war und nur bei bestimmtem Anlaß, z. B. beim Liebesmahl, sinnlos trank, wurden 2 bis 3 Tage vor diesen Festen große Dosen von Quassia viermal täglich und außerdem geringe Mengen Strychnin und Atropin verordnet. Der Erfolg war glänzend, die Sucht nach Alkohol war mit einem Schlage verschwunden.

Dies sind aber Ausnahmefälle; im allgemeinen bedarf es einer intensiven ärztlichen Behandlung. (*Geller*-Grafenberg.)

Perrot (93) empfiehlt die von *Tuwim* vorgeschlagene Behandlung der Alkoholiker mit Atropin. Er geht dabei von der Erwägung aus, daß falls der bei den Alkoholikern vorhandene Bedarf nach Nervenreizen durch Atropin — oder durch ähnliche Mittel — gedeckt wird, ein weiterer durch Alkohol erzeugter Reiz bereits als lästig empfunden wird. Es kann auf diese Weise für längere Zeit ein Widerwillen gegen Alkohol- und in manchen Fällen auch gegen Tee und Kaffee geschaffen werden. Die vom Autor angewandten Dosen von Atropinum sulfur. schwankten zwischen 0,001 und 0,01 pro die. Außer vorübergehender Akkommodationsstörung wurden keine lästigen Nebenerscheinungen verzeichnet. Der Erfolg war in allen Fällen ein ausgezeichneter, obwohl die Beobachtungszeit eine zu kurze ist (nicht länger als ein Jahr), um von definitiver Heilung zu sprechen. Andererseits hebt der Verf. hervor, daß seine Patienten in Ostsibirien leben, wo der Alkoholismus furchtbar wütet und wo horrende Alkoholdosen in Gebrauch sind.

(*Fleischmann*-Kiew.)

Wesentlich ungünstiger lauten die Erfahrungen, die *Popow* (96) mit der



Atropinbehandlung des Alkoholismus gemacht hat. Von seinen 11 Fällen scheiden 8 aus, in denen die Behandlung nicht konsequent durchgeführt werden konnte. In 2 Fällen brach Verf. selbst die Behandlung wegen Ausbleibens der Wirkung ab, und nur in einem Falle wurde ein richtiger Erfolg erzielt. Verf. meint, daß die Wirkung eine weit größere sein würde, wenn das Mittel dem Patienten ohne sein Wissen, also unter die Speisen oder Getränke gemischt gereicht werden könnte. (*Fleischmann*-Kiew.)

Zur Warnung vor Alkoholordination bei abstinent gewordenen früheren Alkoholisten veröffentlicht *Maier* (80) einen Fall, wo infolge der ärztlichen Verordnung von Eierkognak und Chinawein bei einem an Gelenkrheumatismus erkrankten Abstinenten ein Rückfall in den Alkoholmißbrauch eintrat, wegen tobsüchtiger Erregung dann Anstaltspflege notwendig wurde und der von seiner Psychose Genesene dem Arzt vorwarf, daß er die Schuld am Verluste der Stelle und dem Ruin der Familie trage.

Minor (84) berichtet über die echt russische Behandlungsmethode der Alkoholisten in Polikliniken, insbesondere in der seiner Leitung unterstellten in Moskau, in der von 1903 bis 1908 fast 10 000 Personen beraten und behandelt wurden. Aus den interessanten Mitteilungen wird entnommen, daß die Frauen 13,5% ausmachen, daß fast 47,5% der Trinker im Alter von 15 bis 20 Jahren, 21,5% im Alter von 20 bis 25 Jahren und 18,5% im Alter von 10 bis 15 Jahren zu trinken begonnenhaben und daß 62,4% Gewohnheitstrinker, 32,5% Gelegenheitstrinker und 3,2% an Dipsomanie Leidende waren. Die hereditäre Belastung durch Alkoholismus der Aszendenten wird nach *M*.s Ansicht überschätzt, das Milieu spielt bei dem Massenalkoholismus eine bei weitem größere Rolle. Die poliklinische Behandlung, vorwiegend durch Hypnose, hat im Sinne der völligen Heilung nur einen sehr fraglichen Wert, doch hat auch die temporäre Unterbrechung der chronischen Vergiftung große Bedeutung. Denn *M*. berechnet, daß selbst bei einer hinter der Wirklichkeit zurückbleibenden Annahme von 3 Monate relativer Heilung bei 50% von 2000 Alkoholisten im Jahre für den Staat der Wert nützlicher Arbeit von 250 Menschen in einem Jahre gewonnen wird, entsprechend mehr als 150 000 M. Mit der Tätigkeit der Polikliniken ist *M*. nicht zufrieden, weil sie zu wenig spezifisch Ärztliches in sich birgt, und befürwortet stationäre Kliniken und Heilanstalten für Alkoholiker.

Solbrig (113a) erörtert eingehend die staatlichen und städtischen Maßnahmen gegen den Alkoholismus und kommt zu dem Ergebnis, daß die gesetzlichen Bestimmungen nicht ausreichen; er fordert u. a. Bestrafung der öffentlichen selbstverschuldeten Trunkenheit, Zulässigkeit der zwangsweisen Unterbringung Trunksüchtiger auch ohne Entmündigung in Trinkerheil- und Pflegeanstalten, Berechtigung des Staatsanwalts zur Stellung des Antrags auf Entmündigung wegen Trunksucht, Anerkennung der Trunksucht unter gewissen Voraussetzungen als Scheidungsgrund, Zuziehung eines ärztlichen Sachverständigen bei allen Trunksuchtsdelikten, bei jeder Entmündigung wegen Trunksucht und jeder Zwangsüberführung in Trinkerheilanstalten, Errichtung öffentlicher



Trinkerheil- und Pflegeanstalten, Prüfung des Bedürfnisses bei Konzessionierung von Schankstätten und Flaschenbierhandlungen usw.

Rohde (100 u. 101) wünscht, daß ein Trinker nicht nur, wie es bisher nur möglich ist, erst nach Entmündigung in einer Trinkeranstalt untergebracht werden kann, sondern daß durch einen von der Entmündigung unabhängigen Beschluß des Amtsgerichts auch ohne öffentliches Interesse die zwangsweise Einweisung eines Trinkers, wenn Aussicht auf Heilung besteht, erfolgen kann, ferner daß bei Einweisung im öffentlichen Interesse und dementsprechend auf öffentliche Kosten und unter öffentlicher Aufsicht die den Gerichtsbeschluß ausführende Behörde, zweckmäßig die Landespolizeibehörde über die Dauer der Behandlung und die Entlassung aus der Anstalt befinden soll, vielleicht im Einvernehmen mit der Staatsanwaltschaft oder dem beteiligten Armenverbande.

Hotter (64) stellt die Fälle von Totschlag und Körperverletzung mit Todeserfolg, die in den Jahren 1900—1909 vor dem niederbayerischen Schwurgericht abgeurteilt worden sind, zusammen und findet, daß unter 207 Fällen an Sonn- und Feiertagen oder nach Biergenuß 187 = 90,3% verübt worden sind, also mit erhöhtem Alkoholgneuß zusammenhängen; in einzelnen Jahren entfallen sämtliche Verbrechen, also 100%, auf Sonn- und Feiertage oder Trinkgelegenheiten.

Die Frage „Haben die Kampfesmethoden der Abstinenten einen einwandsfreien wissenschaftlichen und kulturellen Wert?“ beantwortet Dr. phil. *Bauer* (10), der aus seiner „Welt, wo dem Becher stark zugesprochen wird“, die Abstinenten als Gesundheitsfanatiker, Humanitätsdusler usw. bezeichnet, natürlich mit Nein, er glaubt, daß die Krankheit „Alkohol-Idiosynkrasie“, eine Art Hysterie, wie die Bakterienfurcht vorübergehen wird, und sucht zu beweisen, daß von der behaupteten toxischen Natur des Alkohols nichts übrig bleibt und daß der Alkohol für den nutritiven Stoffwechsel etwa dasselbe ist, wie für den respiratorischen Stoffwechsel der Sauerstoff. Nicht ohne Bedenken muß der Arzt, auch der nicht abstinente, ferner noch die Sätze lesen, wie die über den Nutzen des Bieres bei stillenden Frauen, dann: daß gewisse Biere bezüglich des Nährwerts jeden Vergleich mit der Milch aushalten könnten, daß es klug sei, Kindern vom 14. Jahre ab den mäßigen Genuß von Wein oder Bier zu gestatten, um sie für das Leben, in dem die alkoholischen Getränke eine wichtige Rolle spielen und als Genußmittel einen Teil der Nahrung ersetzen, zu erziehen. Es wird ihm auch wohl kaum ein Kriminalist zustimmen, daß bei schweren Verbrechen der Alkohol nur eine nebensächliche Rolle spielt und daß die „schweren Jungen“ sich vorwiegend aus Abstinenten und Mäßigen rekrutieren. Über die Gefahren des Mißbrauchs geistiger Getränke, über die sozialen Schäden spricht er leider gar nicht, den Schnaps erwähnt er nur wenig, und mehrfach klingt das Lob des Lehnstuhlbehagens“ und der „Feierabendstimmung“ nach Bier- oder Weingenuß durch. Unter den wahren Ursachen der modernen Degenerationserscheinungen hat nach *B.*s Ansichten der Alkohol nicht viel zu bedeuten, sie sind vielmehr in letzter Linie in der Mineralstoffverarmung des Bodens und damit in dem Salzmangel unserer Nahrung zu suchen; denn alle Stoffwechselkrankheiten hängen

mit mineralstoffarmer Ernährung zusammen. Ein Buch, das zum Trinken a[illegible] mieren soll.

c) Korsakowsche Psychose. Polyneuritis.

Geier (49) will die *Korsakow*sche Psychose nicht als selbständige nosologische Einheit anerkennen. Er sieht darin nur eine klinische Form der Reaktion des Organismus auf eine Intoxikation. Immerhin soll man nach G. die Bezeichnung „*Korsakow*sche Psychose" für die Fälle reservieren, in denen eine auf dem Boden einer Intoxikation entstandene Kombination des amnestischen Symptomenkomplexes mit Erscheinungen der Polyneuritis vorliegt. In anderen Fällen soll man nur von einer Kombination mit dem *Korsakow*schen Symptomenkomplex sprechen. Die Prognose der *Korsakow*schen Psychose hängt ebenso wie deren Verlauf, Symptomatologie und pathologische Anatomie von der Ätiologie ab. Das weitere Studium muß zur Zergliederung dieser Krankheitsform in verscheidene Gruppen führen. Vorläufig lassen sich Gruppen mit den ätiologischen Momenten der Infektion und des Alkoholismus unterscheiden.

(*Fleischmann*-Kiew.)

Cholzen (21) bespricht in einem Vortrag die chronisch-halluzinatorischen Krankheitsbilder in dem Defektzustande der alkoholischen *Korsakow*schen Psychose: das eine Mal werden gewisse Beeinträchtigungsideen ohne Weiterbildung festgehalten, andere Male kommt es zur fortschreitenden Wahnbildung oder bleiben massenhafte Sinnestäuschungen mit phantastischen Konfabulationen und wechselnden Wahnvorstellungen. Manchmal bricht im Defektstadium bei weiter fortgesetztem Alkoholmißbrauch wieder eine halluzinatorische Psychose aus, die dann chronisch wird. Bei allen diesen Fällen war degenerative Anlage, Senium praecox oder Arteriosklerose nachzuweisen.

Ehmsen (35) beschreibt ausführlich einen Fall von *Korsakow*schem Symptomenkomplex bei einem Alkoholisten, die Erscheinungen besserten sich mit Ausnahme der Gedächtnisstörung.

In den 5 Fällen von *Korsakow*, die *Rollmann* (102) in der Bonner Klinik beobachtete, war nur dreimal chronischer Alkoholismus, ferner einmal Lues und einmal Senium als ätiologisches Moment nachzuweisen. Alkohol und Lues in der Anamnese lassen die Prognose nicht immer ungünstig erscheinen. Die neuritischen Erscheinungen waren sehr verschieden stark ausgeprägt. *Rollmann* schließt sich der Ansicht von *Meyer* und *Raecke* an, daß der *Korsakow*sche Symptomenkomplex keine Krankheit sui generis ist.

Fränkel (45) beschreibt das Auftreten des *Korsakow*schen Symptomenkomplexes nach Strangulationsversuch bei einer 36jährigen Frau, die schon vorher katatonische Symptome darbot. Die amnestischen Störungen bestanden noch vier Monate nach dem Suizidversuche. *Fr.* nimmt an, daß Gedächtnisstörungen nach Strangulation ebenso wie die nach Gehirnerschütterung und Kohlenoxydvergiftung auf eine organische Schädigung des Gehirns zurückzuführen sind.

Sarteschi (105) beschreibt den Hirnbefund bei einem unter dem klinischen



Bilde der *Korsakow*schen Psychose gestorbenen 58jährigen Alkoholisten, wobei eine Veränderung der weißen Hirnsubstanz auffallend war. Diese war charakterisiert durch rötlich bis schmutziggraue Verfärbung der beiderseitigen Irradiationszentren, Degeneration der Nervenfasern, progressive und regressive Prozesse der Neuroglia, Gefäßneubildung und Anhäufungen von Körnchenzellen.

Einsler (36) beschreibt den ungewöhnlichen Fall einer doppelseitigen Radialislähmung auf alkoholischer Basis als Hauptsymptom einer Polyneuritis, die sich auch in leichten ataktischen und neuralgischen Erscheinungen an den Beinen bemerkbar machto.

Austregesilo (4) beobachtete bei einem 12jährigen brasilianischen Knaben eine Polyneuritis scorbutica, wobei als frühzeitiges Symptom ein akneförmiger Ausschlag und eine ausgesprochene Steigerung der Sehnenreflexe auffielen. *A.* glaubt, daß manche vermeintliche Beri-Beri-Epidemien in Wirklichkeit Epidemien von Polyneuritis scorbutica seien.

d) Morphium, Opium, Kokain.

Dornblüth (33) wandte anstelle der von ihm mit Erfolg erprobten Opiumkur bei Morphiumentziehung das neue Mittel Pantopon in 5 Fällen an und empfiehlt es sehr, besonders weil es von vornherein völligen Verzicht auf Morphium gestattet und anfangs subkutan angewandt werden kann. Die gleichzeitige innerliche Darreichung von Pantopontabletten macht schon nach einigen Tagen die Injektionen entbehrlich, allerdings unter Umständen bei einer Steigerung bis zu 30 Tabletten von je 0,01 in 24 Stunden. Das Pantopon läßt sich ebenso wie das Opium leicht und in kurzer Zeit entziehen, ohne daß wieder Verlangen nach Morphium auftritt.

Juliusburger (71) hat bei Morphiumentziehung statt des von ihm früher gereichten Trional in einigen Fällen Adalin gegeben und erblickt in ihm ein sehr zweckmäßiges Mittel zur Bekämpfung der lästigen Unruhezustände und der quälenden Organgefühle. Adalin in Verbindung mit Trional, Veronal oder Medinal erwies sich sehr wirksam gegen die hartnäckige Schlaflosigkeit der Morphinisten. Auch hält *J.* das Adalin für sehr geeignet, neben Bäderbehandlung die Angst- und Unruhezustände, sowie die Schlaflosigkeit mancher Alkoholiker bei Entziehung des Alkohols günstig zu beeinflussen.

Schröder (111) spricht sich gegen die im Laufe der Zeit hervorgetrene starke Überschätzung der Gefahren einer plötzlichen Entziehung von Morphium aus und zeigt an der Hand von sechs Krankengeschichten aus der Breslauer Klinik, in der in den letzten Jahren die Mehrzahl der Morphinisten, einschließlich der körperlich reduzierten und der gleichzeitig an körperlichen oder nervösen Erkrankungen leidenden, vom Tage ihrer Aufnahme an kein Morphium erhält, daß die plötzliche Entziehung erhebliche oder gar bedrohliche Erscheinungen zum mindesten nicht im Gefolge zu haben braucht. Ein unangenehmer Zustand von Unbehaglichkeit, Schlaflosikeit, Frösteln, gelegentlichem Erbrechen usw. dauerte nur 3—5 Tage und war nicht erheblich. Zur Er-

leichterung dieser Beschwerden dienten in den ersten Tagen kleine Dosen von Schlafmitteln: Veronal 0,5, Trional 1,0 mehrmals täglich, einige Gramm Bromkalium, 1 mg Hyoscin, 5 g Paraldehyd. Überwachung der Herztätigkeit und des Allgemeinzustandes ist das Wichtigste.

Dupouy (34) schließt aus den Werken und Briefen des Dichters *Edgar Poë*, daß dieser nicht nur ein Alkoholist infolge periodischer Erregungen war, sondern auch dem Opiummißbrauch verfallen war, daß aber die Gifte keineswegs günstig auf Inspiration und Produktion, vielmehr zerstörend auf sein Gehirn eingewirkt haben.

Higier (59) bespricht die nicht häufig zu beobachtende chronische Kokainintoxikation und führt die Krankengeschichte eines 26jährigen Zahnarztes an, der stark nervös veranlagt, sich subkutan Kokain beibrachte und die Tagesdosis von 0,1 binnen zwei Monaten auf 4—5 g steigerte. Nach einem Vorstadium von Schlaflosigkeit, Zittern und Parästhesien bekam er innerhalb drei Wochen zwei Anfälle, die einer akuten halluzinatorischen Alkoholpsychose ähnlich sahen, als solche mit Morphium behandelt wurden und nach einigen Stunden vollständig geschwunden waren. Abgesehen von der später eruierten Anamnese wiesen auf das Bestehen einer Kokainvergiftung hin: die zahlreichen Spuren von Injektionsstichen mit der für Kokaininjektionen charakteristischen braunschwarzen Verfärbung, ferner das *Magnan*sche Zeichen, die eigentümlichen Parästhesien am Rumpf, als ob Fremdkörper unter der Haut wären, und die Art des psychischen Anfalls, der sich vom Alkoholrausch, den der Patient kannte, dadurch unterschied, daß dem Kokainrausch ein gehobenes Selbstgefühl vorausging, dem eine schwere Dyspnöe mit Angstgefühl folgte, und daß Pat. bei dem Kokainrausch, solange er bei Bewußtsein blieb, logisch denken konnte, während er bei erhaltenem Bewußtsein im Alkoholrausch ziemlich zerfahren, ideenflüchtig und kritiklos war. Die günstige Wirkung des Morphiums, das bekanntlich die alkoholischen Delirien wenig beinflußt, aber Antidot für Kokain ist, spricht auch für die Kokainätiologie. Schließlich betont *H.* noch die Gefahr des Selbstmords bei Kokainintoxikation infolge der angstvollen Halluzinationen.

e) Tabak.

Bresler (17) widmet das erste Kapitel seiner auf mehrere Hefte berechneten „literarischen Studie über den Tabak in medizinischer Beziehung" den Geistesstörungen und Nervenkrankheiten nach **Tabakmißbrauch** und gibt die wichtigsten Fälle aus der Literatur ausführlich wieder. Die Ausbeute an ausgesprochenen Psychosen ist eine geringe, die Jahresberichte der Irrenanstalten erwähnen nur selten einen Fall von Geisteskrankheit infolge chronischen Tabakmißbrauchs und so erscheint es erklärlich und berechtigt, wenn an diesen ursächlichen Zusammenhang und das Vorkommen von Nikotinpsychosen überhaupt nicht recht geglaubt wird. Des weiteren bespricht *Bresler* die Tabaksamblyopie, die Erkrankungen des Gehörorgans, des Herzens und Gefäßsystems, sowie die Verdauungsstörungen bei Tabakmißbrauch.

v. Frankl-Hochwart (46) referiert auf der Jahresversammlung deutscher



Nervenärzte an der Hand des großen Materials von 570 Rauchern (unter 800 Männern) über die bei ihnen vorgekommenen nervösen Erkrankungen. Unter den zerebralen Symptomen allgemeiner Natur fand sich Kopfschmerz, meist in Form eines Druckes, hier und da auch echte Migräne, ferner Kopfsausen, Erschwerung des Einschlafens und unruhiger Schlaf, Stimmungsanomalien im Sinne der Depression und Ängstlichkeit, einige Male abnorme Reizbarkeit, Agoraphobie oder Zwangsvorstellungen. Etwa 50 Kranke klagten über Gedächtnisdefekte. Einige Male, bei sehr starken Rauchern, kam eine mäßige geistige Schwäche schon um das 50. Jahr vor und zwar Verkleinerung des geistigen Horizonts und deutliche Abnahme der Energie. *v. Fr.* sah zwei Fälle von Amentia und einen Fall von Paranoia bei starken Rauchern und hält die Möglichkeit eines Zusammenhangs zwischen Nikotinismus und Psychose für gegeben, wenn sich auch ein Vollbeweis dafür nicht erbringen läßt. Vorübergehende Bewußtseinsstörungen und Synkopen kommen bei schweren Rauchern anerkanntermaßen vor, Frühapoplexien sind infolge der durch Nikotin veranlaßten Arteriosklerose nicht selten. Für Epilepsie ist Nikotin nur als veranlassendes Moment zu bezeichnen. In zwei Fällen, bei einem 57jähr. anstrengend arbeitenden Juristen, der bis 14 Havannazigarren am Tage rauchte, und bei einer 24jähr. Artistin, die als Trick aus einer eigens dazu gebauten Vorrichtung 120—200 Zigaretten auf einmal in drei Minuten ausrauchte, fanden sich meningitische Symptome (Kopfschmerzen, Brechreiz, Verwirrtheit). Man kann von einer Nikotin-Meningitis sprechen, das Krankheitsbild scheint dem der Meningitis serosa nahezustehen. Von Herd- und Hirnnervensymptomen sind am interessantesten die aphasischen Komplexe, die *Menièreschen* Symptomkomplexe, die Nikotinamblyopien. Ob Pupillenstarre eine Teilerscheinung des Nikotinismus sein kann, läßt sich mit Sicherheit nicht behaupten. Neuralgien sind bei Rauchern nicht selten. Bezüglich der Annahme einer Nikotin-Polyneuritis drückt sich Verf. vorsichtig aus, er stellt sie als möglich hin. Daß der Nikotinabusus bei der Ätiologie des intermittierenden Hinkens von Bedeutung ist, erscheint nach den Untersuchungen *Erbs* u. a. sicher. Nach Erwähnung der nervösen Affektionen der inneren Organe, von denen bekanntlich das Herz früh in Mitleidenschaft gezogen wird, bespricht Verf. zum Schluß seines Referats die Verbindung des Nikotinismus mit anderen Vergiftungen: Alkohol, Diabetes und Lues. Unter Neurasthenie-Luetikern waren doppelt soviel starke und sehr starke Raucher als unter normalen Menschen, unter den Fällen von echter Nervenlues waren 40,5% und bei den Fällen von Metalues (Tabes und Paralyse) 33,5% starke Raucher gegenüber 18,6% unter normalen Menschen.

Als Mitreferent sprach auf der Versammlung der Pharmakologe *Fröhlich* (48), der die körperlichen Erscheinungen der Nikotinvergiftung als das Resultat einer Erregung des vegetativen Nervensystems bezeichnet.

Löwy (79) beschreibt acht Fälle von unbestimmtem Beobachtungswahn, diffuser Eigenbeziehung; die Kranken fühlen sich allgemein angeschaut und beredet und suchen und finden hinter allem etwas, „was einen angeht", haben unbestimmte Angst und das Gefühl erhöhter Importenz. Die Zustände sind zu unterscheiden von dem zirkumskripten Beziehungswahn mit dem



auf ein Thema dirigierten Gedankengang (Querulantenwahn etc.). Exzessive Raucher, Meteorismusträger, Dyshumorale Hysterische und andere Neuropathen zeigen aus dem geschilderten Gemütszustand heraus diesen diffusen Beobachtungswahn. Der erste Fall *Löwys* betrifft einen 25jähr. neurasthenischen Lehrer, der durch Rauchexzesse kongestive Unruhe- und Angstanfälle mit diffusem Beobachtungswahn bekam, aber später auch in ruhigen Zeiten die Idee hatte, die Leute sähen ihn an und redeten über ihn (subakute Raucherparanoia). Nach Rauchentziehung Rückgang der Unruhe und des Beobachtungswahns in wenigen Wochen. Auch im zweiten Falle lag wahrscheinlich „Raucherangstneurose“ vor, während in den anderen Fällen Nikotin keine Rolle spielte.

Pel (92) beschreibt den seltenen Fall einer Tabakspsychose bei einem dreizehnjährigen, in einer Zigarrenfabrik beschäftigten, nicht erblich belasteten Knaben, der täglich 10—20 Zigarren rauchte. Die Psychose äußerte sich in Schlaflosigkeit, Veränderung des Wesens (Ungehorsam und Launenhaftigkeit im Gegensatz zu früherer Liebenswürdigkeit), Nachlaß des Gedächtnisses, Unorientiertheit, Sinnestäuschungen und hochgradigem Wechsel zwischen heiterer Erregung mit Pfeifen und Singen und Depression mit Weinkrämpfen und Benommenheit. Die Prognose hält *Pel* für günstig.

f) Andere Gifte.

Kanngießer (72) nahm experimenti causa zehn reife Beeren einer wild gewachsenen Atropastaude und studierte an sich die Giftwirkungen, die sich schon nach 7 Minuten zuerst durch Schwindel zeigten. Neben Pupillenerweiterung, Akkommodationsstörungen, Trockenheit im Halse und zunehmendem Schwindel traten etwa 10 Stunden nach der Giftaufnahme psychische Störungen auf: hastiges Sprechen, Exaltation, Somnolenz und lebhaftes Phantasieren. Am folgenden Tage mit beginnender Besserung machte sich auffallende Gedächtnisschwäche für die allernächstliegende Vergangenheit bemerkbar in Art des *Korsakow*schen Symptoms, beim Sprechen war der Hauptsatz vergessen, wenn der Nebensatz folgen sollte. Auf einem Spaziergang wurden Steine, Bäume usw. für Tiere und Menschen gehalten, die Illusion aber bald als solche erkannt. Diese Gesichtstäuschungen, die übrigens nur einige Stunden anhielten, hingen wohl ebenso wie das vorübergehend aufgetretene Sehen von Regenbogenfarben um die Gegenstände mit der Mydriasis zusammen.

Die Vergiftungspsychose nach dem Genuß eines Infuses von 12 g Radix hyoscyami nigri, die *Siebert* (112) bei einem 43jährigen Manne beobachtete, glich ganz einer Atropinvergiftung und stellte sich dar als Verwirrtheitszustand mit motorischer Unruhe, massenhaften beängstigenden Gesichtstäuschungen, erweiterten Pupillen, Trockenheit im Halse, beschleunigtem Puls und taumelndem Gang. Der Zustand blaßte innerhalb eines Tages langsam ab und ließ einen Erinnerungsdefekt für die Erregung zurück. Trockenheit im Halse, Schwindel und Zittern der Extremitäten blieben noch bis zum dritten Tage bestehen.

Möller (85) stellt die Ansichten der Autoren über die Psychosen infolge Schwefelkohlenstoffvergiftung zusammen, er betrachtet die



'sychose entgegen dem ablehnenden Standpunkt *Kraepelins* in vielen Fällen als 'ahre Giftwirkung. Die Erscheinung der Schwefelkohlenstoffpsychose ist gewöhn-ich die einer Paranoia hallucinatoria acuta im Sinne *Ziehens* oder einer Demenz, ie sich meistens entwickelt, wenn häufig Rauschzustände vorausgegangen sind.

Hoffmann und *Marx* (60) nehmen in einem Falle, wo ein Mann einige Stunden ıach dem Tode seiner Frau sich und seinem Pflegekinde Schnittwunden beibrachte, ınd den Gashahn öffnete, wodurch das Kind starb, als Grund für die bezüglich ler Tat bestehende Amnesie die Kohlenoxydvergiftung an, da sich n der Literatur Fälle von retrograder Amnesie nach Kohlenoxydvergiftung inden. *Leppmann* sprach sich im Hinblick auf Anfälle von Bewußtlosigkeit bei Mutter und Bruder und auf einen früher bei dem Manne beobachteten Ohnmachts-anfall für das wahrscheinliche Bestehen eines epileptischen Dämmerzustandes zur Zeit der Tat aus.

Heydner (58) beobachtete bei einem 20 Jahre alten, an Influenza erkrankten Schüler nach 6—7 ccm Digalen eine Vergiftung, die nach 34 Stunden voll ausgebildet war und sich in heftigem Singultus, gegen den nur Morphium half, Verlangsamung des Pulses bis auf 30 Schläge in der Minute, Nierenreizung und Verwirrtheitszuständen mit motorischer Unruhe äußerte. Diese bedrohlichen Symptome gingen innerhalb 6 Tagen zurück und für diese Tage bestand Amnesie. Schwerhörigkeit und Sehstörungen, als ob die Gegenstände wie durch einen Schleier und in rotem Licht gesehen würden, dauerten noch einige Tage länger an und erst nach drei Wochen war die Pulszahl wieder normal.

v. Hueber (66) führt einen Fall von Adalinvergiftung an. Eine 32jähr. Frau nahm in etwa einer Stunde 18 Tabletten von je 0,5 Adalin in kaltem Wasser; es folgte ein 30stündiger regungsloser Schlaf, keine Puls- und Atem-störungen, kein Exzitationsstadium, keine Pupillenstörungen. Im Urin war kein Eiweiß und kein Zucker. Noch 3 Tage war die Muskulatur mit Ausnahme der Beine schmerzhaft, dann vollständiges Wohlbefinden.

g) Pellagra, Ergotinismus.

Flinker (41) bespricht die Pellagra als Volkskrankheit mit Bezug auf die österreichischen Verhältnisse. In Tirol schätzt man die Gesamt-zahl der Pellagrösen auf 5000—6000. Die toxische Substanz, die Pellagra ver-ursacht, ist nach Tierexperimenten allem Anschein nach der normale Maisfarb-stoff. Die zum Ausbruch der Krankheit notwendige Disposition wird gegeben durch dürftige Nahrung, unhygienische Wohnungsverhältnisse und Alkoholmiß-brauch. Als Bekämpfungsmittel dieser Volkskrankheit ist anzustreben: möglichst Einschränkung des Maisgenußes, Verbesserung der wirtschaftlichen Verhältnisse, Errichtung von Pellagrahilfsstellen.

Babcock (5) weist nach, daß die Pellagra in den Vereinigten Staaten von Nordamerika seit einigen Jahren in epidemischer Form auftritt. Er schätzt die Zahl der Erkrankungen in den letzten fünf Jahren auf wenigstens 5000. In den Südstaaten, wo Mais in großen Mengen angebaut wird, finden sich natürlich



die meisten Erkrankungen, aber auch in den Mittel- und Nordstaaten kommen vereinzelte Fälle vor.

Eine für Pellagra charakteristische Psychose gibt es nicht. Die verschiedensten Formen werden beobachtet von der einfachen Depression bis zur tiefen Verblödung. *Babcock* unterscheidet eine akute, fieberhafte und eine chronische Form.

Bemerkenswert sind die häufigen Selbstmordversuche bei Pellagrakranken und ihre Neigung zu kriminellen Handlungen, Mord, Kindestötung, Brandstiftung usw.

(*Geller*-Grafenberg.)

Perry (94) schildert zwei Fälle von Pellagra aus K a n s a s und bringt den Beweis, daß die Pellagra sich nicht mehr auf den Süden der Vereinigten Staaten beschränkt. Beide Kranke starben. Ein Fall bot monatelang das Bild einer multiplen Neuritis. Auch wurden hohe Temperatursteigerungen beobachtet, während ja im allgemeinen die Pellagra ohne Fieber verläuft.

(*Geller*-Grafenberg.)

Morpurgo (89) machte Assoziationsversuche an 25 pellagrösen und an 25 gesunden ungebildeten Landleuten, Arbeitern usw. und fand, daß in dem depressiven Stadium der Pellagrapsychose ohne Verwirrtheit die Reaktionszeiten viel länger waren, als bei geistig Gesunden, daß bei den Pellagrösen die innerlichen Assoziationen vorherrschten und daß Affekte bei den Pellagrösen einen großen Einfluß auf die Assoziationsvorgänge ausübten sowohl durch Verlängerung der Assoziationszeiten, als auch durch Neigung zum Perseverieren.

Die Arbeit von *Saunders* (106) macht auf die häufigen g y n ä k o l o g i s c h e n B e f u n d e b e i P e l l a g r a aufmerksam. Bei weiblichen Pellagrakranken wurden fast stets Menstruationsstörungen beobachtet, und zwar neigten die nicht verheirateten zu Amenorrhoe, Frauen, die mehrmals geboren hatten, dagegen zu Menorrhagie. Auch fanden sich häufig Vulvitis, Vulvovaginitis, Zervikalkatarrh, Endometritis und Ovarialneuralgie.

Häufig wird von Chirurgen und Gynäkologen das Grundleiden übersehen und in manchen Fällen, die sich für chirurgische Behandlung nicht eignen, operativ vorgegangen. (*Geller*-Grafenberg.)

Pighini und *Ravenna* (95) bekämpfen auf Grund ihrer Untersuchungen die von *Ceni* vertretene Ansicht von dem Einfluß der Jahreszeiten auf die Giftigkeit der Kulturen von Aspergillus fumigatus.

Gourewitsch (52) beschreibt 17 Fälle psychischer Erkrankungen, die auf dem Boden einer E r g o t i n v e r g i f t u n g entstanden sind. Die Erkrankten gehörten zumeist dem armen und unwissenden Volksstamm der Korelen an. Die nach der Vergiftung beobachteten Krämpfe verschwanden beim Ausbruch der Psychose. Was den Charakter der Psychose anbetrifft, so kann — nach dem Verf. — nicht nur von einer ätiologischen, sondern gewissermaßen auch von einer klinischen Einheit gesprochen werden. Das Krankheitsbild hat manche Berührungspunkte mit dem epileptischen Dämmerzustand, aber auch mit den durch Alkoholintoxikation hervorgerufenen Psychosen. Es wurden Illusionen, Halluzinationen sowie Störungen der Gefühlssphäre beobachtet. Bei einigen Kranken trat motorische Unruhe in den Vordergrund. Ferner werden Dämmerzustände, Herabsetzung



es Intellekts und einige psychische Symptome verzeichnet. Im Verlaufe der :rankheit sind mehrfache Remissionen und Exazerbationen vorgekommen.

(*Fleischmann*-Kiew.)

Jahrmaerker (69) hat über 108 Fälle aus der oberhessiscehn Ergotis- ıusepidemie von 1855/56 Erhebungen angestellt, deren Resultate er des äheren anführt. Auch für diese Epidemie ist die von *Tuczek* in der Frankenberger :pidemie von 1879/80 nachgewiesene Hinterstrangerkrankung anzunehmen.)ie Mortalität betrug bei den 108 Fällen 21, darunter bei 35 Kindern unter 10 Jahren 8. Rund die Hälfte der Überlebenden waren bestimmt nicht genesen. Idiotie ınd zum Tode führende Epilepsie zeigte sich selten, in der Hauptsache blieb eine ,Ergotismuskonstitution": krampfartige Erscheinungen, migräneartiger Kopfchmerz, Schwindelgefühle, Ohnmachts- und Krampfanfälle epileptischen Chaakters, Reizbarkeit, Verstimmungen, Angst- und Dösigkeitszustände. Dafür, laß die Nachkommenschaft früherer Ergotismuskranker eine auf den Ergotismus :urückzuführende vererbte Minderwertigkeit gezeigt hätte, ließen sich keine ;icheren Anhaltspunkte gewinnen. Von Erkrankung der durch ergotismuskranke Mütter gestillten Kinder wurde nichts bekannt.

h. Infektionskrankheiten.

Siemerling (113) bringt in seinem Vortrag über Infektions- und autotoxische Psychosen eine gute Schilderung der Fieberdelirien und der akuten halluzinatorischen Verwirrtheit, der Amentia, die den Haupttypus der Infektionsspychosen darstellt, und geht auch auf die neueren Beobachtungen über pathologischanatomische Befunde im Gehirn, Zellveränderungen, Wucherung der Glia, Bakteriensiedlungen ein.

Köhler (75) hat sich schon verschiedene Male mit dem Thema: Tuberkulose und Psyche befaßt und kommt zu dem Schlusse, daß es eine generelle Tuberkulosepsychose nicht gibt, daß aber die Psyche des Tuberkulösen in zahlreichen Fällen eine psychasthenische Tendenz verrät. Die psychischen Aberrationen bei der Tuberkulose bestehen in auffallender Labilität der Stimmung, fehlender Übereinstimmung der seelischen Empfindung und Vorstellung mit dem jeweiligen körperlichen Zustande, mangelnder Urteilsfähigkeit bezüglich des körperlichen Leidens, Entwicklung einer egoistischen Gefühlsrichtung bis zur Rücksichtslosigkeit höchsten Grades. Die erhöhte libido sexualis ist keine Regel, aber ebensowenig eine Ausnahme; individuelle Momente, untätige Lebensweise, Mangel an körperlicher Übung, Verkehr mit jungen, nicht selten schwärmerischen weiblichen Lungenkranken in Kurorten usw. spielen dabei zweifellos eine Rolle. „Die Psychose der Tuberkulösen scheint im Grunde genommen durch eine Steigerung der Temperamente und zwar nicht selten in einem eigenartigen Wechselspiele derselben, in einem auffallend schnellen Ablaufe der Reizreaktionen, in der Signatur einer Intellekt- und Gefühlsschwäche charakterisiert zu sein".

Damaye (30) sah bei einer 26jährigen Tuberkulösen einen Zustand ängstlicher Verwirrtheit unter Darreichung von „aliments vivants" (rohes Fleisch, Milz und Knochenmark) parallel mit der Heilung der Lungentuberkulose



in Genesung übergehen und weist darauf hin, daß auch in diesem Falle, wie be
anderen toxisch-infektiösen Psychosen mit der Besserung eine beträchtliche Ver-
mehrung der eosinophilen Zellen im Blute einherging.

Damaye und *Desruelles* (31) folgern aus der Beobachtung und dem Obdu-
tionsbefund bei einer 32jährigen Tuberkulösen, bei der sich auf degenerati-
Basis eine Manie, gefolgt von depressivem Stadium, entwickelt hatte, daß d
T u b e r k e l g i f t eine Rolle in der Genese der manischen Erregung und de
gefundenen beginnenden Encephalitis gespielt hat und daß bei Gehirnprozess
toxi-tuberkulösen Ursprungs perivaskuläre Entzündung im thalamus optica
die sich auch in anderen Fällen von Psychosen bei Tuberkulösen gefunden h
nicht selten zu sein scheint.

Leschke (78) beobachtete bei sich selbst nach Untersuchung mit Auflösunge
von T u b e r k e l b a z i l l e n auf ihre R i e c h s t o f f e eine akute Vergiftung
Schüttelfröste, Temperatursteigerung bis 39°, Kopf- und Gliederschmerzen, sowi
Benommenheit, Verwirrtheit mit starker Unruhe und Erregung. Erst nach
Tagen waren die Symptome verschwunden. Diese Riechstoffvergiftung de
L. als eine spezifische Überempfindlichkeitsreaktion, die aber von der eigentl
Tuberkulinreaktion sensu strictiori als besondere Erscheinung zu trennen ist.

Koch (74) beschreibt zwei Fälle von Psychose bei K a r z i n o m k a c h e x
als gemeinsame Symptome bei diesen sowie bei den sonst in der Literatur z
findenden Fällen hebt er hervor: den Wechsel in der Stimmung, in dem Hell-
keitsgrade des Bewußtseins und in dem motorischen Verhalten, das Auftrete
von Sinnestäuschungen und Verwirrtheit, sowie das vorgerückte Alter der hoch
gradig kachektischen Kranken und den Beginn der Psychose, die als eine Au-
intoxikation aufzufassen ist, etwa zwei Monate vor dem Tode.

Aus Beobachtungen *Curschmanns* (29) geht hervor, daß bei drohende
U r ä m i e schon vor dem Eintritt der sensoriellen Trübung und auch vor der pr
urämischen Sehnenreflexsteigerung das *Babinski*sche Phänomen zur Erschein
kommen kann und daß manchmal unter Erlöschen der Sehnenreflexe die
Phänomen sogar das einzige Symptom des präurämischen und urämischen kor-
kalen Hemmungsfortfalles bleibt.

---

8. Organische Psychosen.

Ref. M a t u s c h, Sachsenberg.

1. *Alzheimer*, *A.*, Über eigenartige Krankheitsfälle des späte
Alters. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 4, H.
(S. 289*.)

2. *Anton*, *G.*, Zur Diagnose und Behandlung der Geschwülste



vierten Gehirnventrikel. Arch. f. Psych. Bd. 48, H. 2. (S. 294*.)

3. *Anton, G.*, Über progressive Paralyse und ihre Behandlung. Ztschr. f. ärztl. Fortbildg. Nr. 23. (S. 282*.)
4. *Anton* u. *v. Bramann*, Weitere Mitteilungen über Gehirndruckentlastung mittels Balkenstiches. (Allgemeiner Bericht über 50 Erkrankungsfälle.) Münch. med. Wschr. Nr. 45. (S. 294*.)
5. *Assmann, H.*, Erfahrungen über Salvarsanbehandlung luetischer und metaluetischer Erkrankungen des Nervensystems unter Kontrolle durch die Lumbalpunktion. Deutsche med. Wschr. Nr. 35 u. 36. (S. 284*.)
6. *Bailey, P.*, und *Jelliffe, S. E.*, Tumors of the Pineal Body. Arch. of Intern. Med. Chicago, Dez. (S. 292*.)
7. *Bárány*, Über Lokalisation in der Kleinhirnrinde. Wien. med. Wschr. Nr. 34. (S. 296*.)
8. *Bárány, R.*, Beziehungen zwischen Vestibularapparat und Zerebellum. Mtschr. f. Ohrenkrankh. u. Laryngo-Rhinologie Jg. 45, H. 5. (S. 296*.)
9. *Bárány, R.*, Ein operativ geheilter Fall von otitischem Kleinhirnabszeß der rechten Hemisphäre. Mitt. d. Gesellsch. f. i. Med. u. Kinderkrankh. in Wien Nr. 2. (S. 296*.)
10. *Bárány, R.*, Ein Fall von Auslösung zerebellarer Erscheinungen durch Fernwirkung eines Tumors der inneren Kapsel. Mitt. d. Gesellsch. f. i. Med. u. Kinderkrankh. in Wien Nr. 2. (S. 296*.)
11. *Bárány, R.*, Ein Fall von Cysticercus des IV. Ventrikels mit Verschluß des Foramen Magendi und Hydrocephalus internus. Mitt. d. Gesellsch. f. i. Med. u. Kinderkrankh. in Wien Nr. 2. (S. 296*.)
12. *Benario, J.*, Über Neurorezidive nach Salvarsan- und Quecksilberbehandlung. Ein Beitrag zur Lehre von der Frühsyphilis des Gehirns. Mit e. Vorw. v. Ehrlich, P. (1 Taf. u. 5 Fig. i. Text.) 195 S. 6 M. München, J. F. Lehmann. (S. 285*.)
13. *Benon, R.*, L'amnésie dans la paralysie générale. Gaz. des hôp. no. 88. (S. 282*.)



14. *Benon*, *R.*, L'asthéno-manie post-apoplectique. Rev. d. m[illegible] no. 7, Juillet. (S. 296*.)
15. *Berger*, *H.*, Über einen Fall von Totalaphasie. Mtschr. f. Psy[illegible] u. Neurol. Bd. 30. (S. 300*.)
16. *Berger*, *H.*, Über einen mit Schreibstörungen einhergehend[illegible] Krankheitsfall. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 29. (S. 29[illegible]
17. *Bernhardt*, *M.*, Über einen atypischen, durch psychische E[illegible] krankung komplizierten Fall von Syringomyelie. Mtschr. Psych. u. Neurol. Bd. 29. (S. 302*.)
18. *Bertelsen*, *E.*, u. *Bisgaard*, *A.*, Resultate objektiver Ausmess[illegible] der biologischen, zytologischen und chemischen Reakti[illegible] in der Zerebrospinalflüssigkeit, besonders bei Paralytik[illegible] sowie Beschreibung einer neuen chemischen Reaktion in [illegible] Spinalflüssigkeit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. [illegible] H. 3. (S. 277*.)
19. *Betts*, *J. B.*, On the occurrence of nodular necroses (drusen the cerebral cortex. A report of twenty positive ca[illegible] Amer. journ. of insan., July. (S. 287*.)
20. *Bing*, *R.*, Kompendium der topischen Gehirn- und Rückenmark[illegible] diagnostik. Zweite, verm. u. verb. Aufl. Mit 73 Abb. 2[illegible] 6 M. Berlin-Wien, Urban u. Schwarzenberg. (S. 290*.
21. *Bisgaard*, *A.*, Zur Differentialdiagnose zwischen Dementia pa[illegible] lytica und Lues des Zentralnervensystems. Ztschr. f. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 8, H. 3. (S. 277*.)
22. *Bonhoeffer*, *K.*, Zur Diagnose der Tumoren des IV. Ventrikels u[illegible] des idiopathischen Hydrozephalus nebst einer Bemerk[illegible] zur Hirnpunktion. Arch. f. Psych. Bd. 49, H. 1. (S. 29[illegible]
23. *Boas*, *H.*, u. *Lind*, *H.*, Untersuchungen der Spinalflüssigkeit [illegible] Syphilis ohne Nervensymptome. Ztschr. f. d. ges. Neu[illegible] u. Psych. Bd. 4, H. 5. (S. 278*.)
24. *Borchers*, *E.*, Ein Beitrag zur Frage der Lokalisation der Spra[illegible] zentren im Gehirn. Münch. med. Wschr. Nr. 50. (S. 30[illegible]
25. *Bornstein*, Remarques sur l'apraxie. A propos d'un cas d'apra[illegible] idéatrice avec autopsie. L'Encéphale no. 3. (S. 300*.)
26. *Brandt*, *G.*, Zur Kasuistik der Hirnsyphilis. Ztschr. f. d. [illegible] Neurol. u. Psych. Bd. 4, H. 3. (S. 279*.)
27. *Charogorodsky*, *M.*, Note sur la dégénérescence secondaire cor[illegible]

cutive a un foyer de ramollissement du lobe occipital. Ing.-Diss. Genf. (S. 296*.)

8. *Cohn, H.*, Ist die Harnreaktion im Liquor Bellostii spezifisch für progressive Paralyse? Psych.-neurol. Wschr. Nr. 1 u. 2. (S. 282*.)

9. *Cole, S. J.*, The comparative anatomy ot the frontal lobe, and its bearing upon the pathology of insanity. Journ. of ment. science, january. (S. 290*.)

0. *Cole, S. J.*, On some morphological aspects of microcephalic idiocy. Journ. of anatomy and physiol., july. (S. 290*.)

1. *Dausend, J. A.*, Über Störungen im Sprachlichen und Räumlichen bei einem alten Manne. Inaug.-Diss. Würzburg. (S. 288*.)

2. *Dembowski, H.*, Zur Kenntnis des Ausfalls der Wassermannschen Reaktion im Lumbalpunktat und Blutserum bei Erkrankungen des Nervensystems unter Berücksichtigung verschiedener Antigene. Deutsche med. Wschr. Nr. 36. (S. 277*.)

3. *Donath, J.*, Erwiderung auf den Aufsatz von Herrn Dr. Otto L. Klieneberger: Die Behandlung der progressiven Paralyse mit Natrium nucleinicum. Berl. klin. Wschr. Nr. 12. (S. 283*.)

34. *Eichhorst, H.*, Über Chorea senilis. Med. Klin. Nr. 8. (S. 289*.)

35. *v. Eiselsberg, A.*, Meine Operationsresultate bei Hirntumoren. Wien. klin. Wschr. Nr. 1. (S. 294*.)

36. *Emanuel, G.*, Beeinflussung der Wassermannschen Reaktion des normalen Kaninchens durch Salvarsan. Berl. klin. Wschr. Nr. 52. (S. 285*.)

37. *Enge*, Die Behandlung der progressiven Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 4, H. 6. (S. 282*.)

38. *Farnell, F. J.*, An extracerebral tumor in the region of the hypophysis. New York med. journ., march. (S. 292*.)

39. *Farnell, F. J.*, A case of progressive muscular atrophy Charcot Marie-Tooth type. Boston med. and surgical journ. no. 20. (S. 301*.)

40. *Farnell, J.*, The cerebro-spinal fluid; its cellular elements and globulin content. Americ. journ. of insan., july. (S. 281*.)

41. *Fernández, Sánz, E.*, Tabes dorsal y herpes Zoster. Arch. Españ.



de neurol., psiquiatria y fisioterapia, tomo 2, num. 2. fe
(S. 282*.)

42. *Finger, E.*, Noch einmal die Frage der Neurorezidive. W.
med. Wschr. Nr. 1, 1912. (S. 286*.)

43. *Fiore, G.*, La sintomatologia del tumore cerebellare nei ba
Riv. sper. di fren. vol. XXXVII, fasc. I-II-III. (S.

44. *Fiore, G.*, Un importante caso di ascesso cerebrale trau
Clinica med. Italiana. (S. 297*.)

45. *Fiore, G.*, Un caso di tubercoli cerebrali clinicamente ed a
camente guariti. Riv. di clinica pediatrica no. 11. (S.

46. *Fischer, O.*, Über die Aussichten einer therapeutischen B
flussung der progressiven Paralyse. Ztschr. f. d. ges. N
u. Psych. Bd. 4, H. 4. (S. 283*.)

47. *Forster, E.*, Über isolierte Agraphie. Deutsch. Arch. f. kli
Bd. 102. (S. 299*.)

48. *Fraenkel, C.*, Die Wassermannsche Probe. Med. Klin. N
(S. 280*.)

49. *Freidberg, E.*, Über die Syphilisbehandlung mit Salvarsan.
Berlin, E. Ebering. (S. 285*.)

50. *Froriep, A.*, Ist F. J. Gall an der Entdeckung des Broca
Sprachzentrums beteiligt? (M. 1 Textfig.) Ztschr.
ges. Neurol. u. Psych. Bd. 5, H. 3. (S. 301*.)

51. *Fuller, S. C.*, A study of the miliary plaques found in brain
aged. Amer. journ. of insan., October. (S. 288*.)

52. *Gaztelu, T.*, Herpes Zoster asociado con amiotrofia. Arch. E
de neurol., psiquiatria y fisioterapia, tomo 2, num. 8. A
(S. 302*.)

53. *Gaztelu, T.*, Las artropatías tabéticas de la columna ver
Arch. Españ. de neurol., psiquiatria y fisioterapia. t
num. 10. Octobre. (S. 282*.)

54. *Giannelli, A.*, Beitrag zum Studium der hereditären Lues (
reichsches Syndrom). Mtschr. f. Psych. u. Neurol. B
(S. 302*.)

55. *Giannelli, A.*, Sopra un caso di radicolalgia sifilitica della VII
spinale posteriore. Bollettino della soc. Lancisiana
ospedali di Roma, fasc. 1. (S. 302*.)




Giannelli, *A.*, L'aprassia e le lesioni del corpo calloso. Riv. di patol. nerv. e ment. fasc. 9. (S. 300*.)

Giannelli, *A.*, Contributo alla sintomatologia delle lesioni del corpo calloso. Bollettino della soc. Lancisiana degli ospedali di Roma fasc. 1. (S. 297*.)

Giannelli, *A.*, Contributo allo studio delle lesioni peduncolari (Emiparesi ed emitremore bilaterali). Bollettino della soc. Lancisiana degli ospedali di Roma. (S. 297*.)

. *Giannelli*, *A.*, Sulla mancanza del riflesso rotuleo. Bollettino della soc. Lancisiana degli ospedali di Roma, fasc. 1. (S. 304*.)

. *Giljarowsky*, *W.*, Ein anatomischer Beitrag zur Frage über die Beziehungen der progressiven Paralyse zu der Gehirnsyphilis. (M. 2 Textfig.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 6, H. 1. (S. 275*.)

. *Gilmour*, *W.*, The Wassermann reaction: A more reliable technique. Journ. of ment. science, january. (S. 281*.)

. *Gutzmann*, *H.*, Über Aphasie und Anarthrie. Deutsche med. Wschr. Nr. 42. (S. 298*.)

. *Halberstadt* et *Arsimoles*, Psychoses séniles et préséniles dans le diabète. Rev. d. psych., février. (S. 288*.)

. *Halbey*, *K.*, Zur Kasuistik der zirkumskripten Hyperidrosis (mit Ageusie) auf traumatischer Basis (Läsion der Chorda tympani). Deutsche med. Wschr. Nr. 13. (S. 302*.)

. *Hamel*, *M.*, Presbyophrénie et démence sénile. Rev. de psych. Nr. 1. (S. 289*.)

. *Hamilton*, *A. S.*, A study of the senile spinal cord in cases of mental disease. Boston med. and surg. journ. no. 5. (S. 288*.)

. *Hauptmann*, *A.*, Serologische Untersuchungen von Familien syphilogener Nervenkranker. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 8, H. 1. (S. 281*.)

. *Hauptmann*, *A.*, Die Vorteile der Verwendung größerer Liquormengen („Auswertungsmethode") bei der Wassermannschen Reaktion für die neurologische Diagnostik. Deutsche Ztschr. f. Nervkrankh. Bd. 42. (S. 279*.)

9. *Heilbronner*, *K.*, 50 Jahre Aphasieforschung. Münch. med. Wschr. Nr. 16. (S. 298*.)



70. *Heilig*, Über Pigmenterythrozytose der Zerebrospinalflüssigkeit. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 29. (S. 279*.)

71. *Henneberg*, *R.*, Die Myelitis und die myelitischen Strangerkrankungen. Hdb. d. Neurol. (S. 303*.)

72. *Henneberg*, *R.*, Die tierischen Parasiten des Zentralnervensystems. Hdb. d. Neurol., herausgeg. v. M. Lewandowsky. Verl. v. Julius Springer, Berlin. (S. 293*.)

73. *Hermann*, *J. S.*, Über linksseitigen kontinuierlichen Krampf des Zwerchfells im letzten Stadium der progressiven Paralyse, begleitet von konvulsiven Zuckungen der ganzen linken Seite. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 4. H. 3. (S. 282*.)

74. *Herz*, *M.*, Über die psychische Ätiologie und Therapie der Arteriosklerose. Wien. klin. Wschr. Nr. 14. (S. 286*.)

75. *Hochsinger*, *K.*, Erbsyphilis-Behandlung und Neuropathie. Wien. med. Wschr. Nr. 2. (S. 284*.)

76. *d'Hollander*, *F.*, Aphasie sensorielle compliquée de surdité et de cécité d'origine centrale, autopsie. Journ. de neurol. (S. 300*.)

77. *d'Hollander*, *F.*, Aphasie, asymbolie et hydrocéphalie. Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique, décembre. (S. 299*.)

78. *d'Hollander*, *F.*, Anencéphalie sans amyélie Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique, août. (S. 290*.)

79. *Hoppe*, *H. H.*, The topographic diagnosis of subtentorial brain tumors. Journ. of the Amer. med. Assoc., Dec. (S. 296*.)

80. *Hough*, *W. H.*, and *Lafora*, *G. R.*, Report of the poliomyelitis committee of the medical association of the district of Columbia epidemic 1910. Washington med. annals, May. (S. 303*.)

81. *Hough*, *W. H.*, and *Lafora*, *G. R.*, Some findings in the cerebrospinal fluid in eleven cases of acute anterior poliomyelitis-epidemic form. Folia neuro-biologica vol. 5, no. 3. (S. 303*.)

82. *Hussels*, *H.*, Über die Behandlung der progressiven Paralyse mit Natrium nucleinicum. Arch. f. Psych. Bd. 48, H. 3. (S. 283*.)

83. *Jelliffe*, *S. E.*, The meningeal formc of epidemic Polio-Encephalomeningitis. Journ. of the Amer. med. assoc., June. (S. 303*.)



84. *Jelliffe, S. E.*, Franciscus Sylvius. Proceedings of the Charaka club vol. III. (S. 304*.)
85. *Jelliffe, S. E.*, and *Brill*, Statistical summary of cases in department of neurology. Vanderbilt Clinic for ten years 1900—1909. The journ. of nerv. and ment. disease, July. (S. 301*.)
86. *Jentsch, E.*, Su alcune nuove ricerche concernenti il rilievo esterno cranico delle circonvoluzioni cerebrali. Arch. di psichiatr. vol. 4, H. 5. (S. 291*.)
87. *Jones, E.*, Syphilis of the nervous system. Interstate med. journ. vol. XVIII, no. 1. (S. 278*.)
88. *Jorgensen, A.*, Ein Fall tödlicher Arsenikvergiftung bei Behandlung von Gehirnsyphilis (Dementia paretica) mit Ehrlich-Hata 606. Med. Klin. Nr. 10. (S. 285*.)
89. *Jüsgen*, Ein Fall von progressiver Paralyse im Anschluß an Unfall unter den Anfangserscheinungen der Hysterie. Neurol. Ztrlbl. Nr. 5. (S. 276*.)
90. *Jurmann, N. A.*, Über die Behandlung der progressiven Paralyse durch Injektionon von nukleinsaurem Natrium. Russki Wratsch 1911, Nr. 46—47. (S. 283*.)
91. *Kirchhoff*, Ist die Paralyse eine moderne Krankheit? Eine historische Studie. Siehe d. Ztschr.
92. *Klieneberger, O. L.*, Zur differentialdiagnostischen Bedeutung der Lumbalpunktion und der Serodiagnostik. Arch. f. Psych. Bd. 48, H. 1. (S. 277*.)
93. *Klieneberger, O. L.*, Die Behandlung der progressiven Paralyse mit Natrium nucleinicum. Berl. klin. Wschr Nr. 8. (S. 283*.)
94. *Knapp, Ph. C.*, The early symptoms of general paralysis. The journ. of nerv. and ment. disease. September 1911. (S. 276*.)
95. *Krause, F.*, Chirurgie des Gehirns und Rückenmarks nach eigenen Erfahrungen. Bd. II. Mit 122 Fig. im Text, 36 farb. und 1 schwarzen Taf. 828 S. Berlin-Wien, Urban u. Schwarzenberg. (S. 295*.)
96. *Kümmell, R.*, Zur Kenntnis der Geschwülste der Hypophysengegend. Münch. med. Wschr. Nr. 24. (S. 292*.)
97. *Labbé, H.*, et *Gallais, A.*, Les échanges urinaires chez quelques paralytiques généraux. Presse méd. no. 4, janvier. (S. 282*.)
98. *Labbé, H.*, et *Gallais, A.*, Urologie des paralytiques généraux:



les échanges urinaires chez quelques paralytiques généraux aux trois périodes classiques et à la période pré-mortelle. Rev. de psych. tom. 15, no. 2, février. (S. 282*.)

99. *Ladame, Ch.*, Le tabes traumatique. L'encéphale, mars 1911. (S. 276*.)

100. *Ladame, Ch.*, L'aortite moyenne gommeuse ou mésaortite gommeuse. Nouv. iconogr. de la Salpêtrière, novembre-décembre. (S. 276*.)

101. *Ladame, Ch.*, Paralysie générale, syphilis cérébrale diffuse et psychose artériosclérotique. Rev. méd. de la Suisse romande, no. 4, 20 avril. (S. 277*.)

102. *Ladame, Ch.*, Encore un mot sur la paralysie générale, syphilis cérébrale, psychose artériosclérotique. Rev. suisse de méd., août. (S. 277*.)

103. *Ladame, Ch.*, Sclérose latérale amyotrophique post-traumatique. Rev. suisse des accid. du travail. (S. 302*.)

104. *Lafora, G. R.*, Beitrag zur Kenntnis der Alzheimerschen Krankheit oder präsenilen Demenz mit Herdsymptomen. (Mit 1 Textfig. u. 2 Taf.). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 6, H. 1. (S. 288*.)

105. *Loewenstein, J.*, Zur Behandlung der progressiven Paralyse mit Nukleinsäureinjektionen. Berl. klin. Wschr. Nr. 16. (S. 283*.)

106. *Maas, O.*, Über eine besondere Form der Encephalopathia saturnina. (Meningitis serosa.) Mtschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 30. (S. 303*.)

107. *Mattauschek, E.*, u. *Pilcz, A.*, Beitrag zur Lues-Paralyse-Frage. (Erste Mitteilung über 4134 katamnestisch verfolgte Fälle von luetischer Infektion.) (Vorläufige Mitteilung.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 8, H. 2. (S. 275*.)

108. *May, J.*, The laboratory diagnosis of general paresis. Arch. of intern. med., August. (S. 279*.)

109. *Mingazzini, G.*, Das Linsenkernsyndrom. Klinische und anatomisch-pathologische Beobachtungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 8, H. 1. (S. 298*.)

110. *Mingazzini, G.*, Pathogenese und Symptomatologie der Kleinhirnerkrankungen. Ergebn. d. Neurol. u. Psych. Bd. H. 1 u. 2. (S. 293*.)



111. *Mochi, A.*, Le constanti fisico-chimiche del liquido cefalo-rachideo paragonate a quelle del siero di sangue. Nota I-II liquido cefalo-rachideo normale. Rassegna di studi psichiatr. vol. 1, fasc. 1. (S. 279*.)

112. *Mönkemöller*, Zur Geschichte der progressiven Paralyse. (Mit 1 Textfig.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 5, H. 4. (S. 274*.)

113. *Moleen, G. A.*, Facial hemiatrophy. Journ. of nerv. and ment. disease, march. (S. 303*.)

114. *Münzer, A.*, Die Zirbeldrüse. Berl. klin. Wschr. Nr. 37. (S. 291*.)

115. *Näcke, P.*, Die Dauer der postmortalen mechanischen Muskelerregbarkeit bei chronischen Geisteskranken, speziell Paralytikern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 7, H. 4. (S. 277*.)

116. *Niessl von Mayendorf, E.*, Die aphasischen Symptome und ihre kortikale Lokalisation. Mit 51 Fig. u. 7 Taf. 454 S. 32 M. Leipzig, W. Engelmann. (S. 297*.)

117. *Nikitin, M. P.*, Salvarsan bei syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Obosrenje (Revue) psychiatrii etc., 1911, H. 8 (russisch). (S. 285*.)

118. *Nonne, M.*, Der heutige Standpunkt der Lehre von der Bedeutung der „vier Reaktionen" für die Diagnose und Differentialdiagnose organischer Nervenkrankheiten. Deutsche Ztschr. f. Nervkrankh. Bd. 42. (S. 278*.)

119. *Oberholzer, E.*, Zerebrospinalmeningitis als Rezidiv nach Salvarsan. Münch. med. Wschr. Nr. 50. (S. 285*.)

120. *Oliver* et *Boidard*, Les états de mal dans la paralysie générale. Rev. de psych., tome 15, no. 2, février. (S. 282*.)

121. *Pach, H.*, Begutachtung der progressiven Paralyse als Unfallsfolge. Wien. klin. Wschr. Nr. 32. (S. 276*.)

122. *Pappenheim, M.*, Über die Polynukleose im Liquor cerebrospinalis, insbesondere bei der progressiven Paralyse. (Mit einem Beitrag zur Kasuistik der Strangulationspsychosen.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 4, H. 3. (S. 281*.)

123. *Patschke, F.*, Die Behandlung der Arteriosklerose des Zentralnervensystems mit Tiodine. Deutsche med. Wschr. Nr. 33. (S. 289*.)



124. *Pellizzi*, *G. B.*, u. *Sarteschi*, *U.*, Le manifestazioni di emilateralità, omo- ed eterolaterali nelle deficienze mentali di origine meningitica semplice con o senza accessi convulsivi. Annali di fren. e scienze affini vol. 20, no. 1. (S. 304*.)

125. *Pesker*, *D. J.*, Die Wassermannsche Reaktion in den auf dem Boden organischer Hirnaffektionen entstandenen Psychosen. Russki Wratsch 1911, Nr. 27 (russisch). (S. 278*.)

126. *Picz*, Klinik der arteriosklerotischen Geistesstörungen. Wien. med. Wschr. Nr. 5—8. (S. 286*.)

127. *Redlich*, *E.*, und *Bonvicini*, *G.*, Weitere klinische und anatomische Mitteilungen über das Fehlen der Wahrnehmung der eigenen Blindheit bei Hirnkrankheiten. Neurol. Ztrlbl. Nr. 5. (S. 291*.)

128. *Rogge*, *H.*, Über sensorische Aphasie und Geistesstörung bei Arterisklerose. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 288*.)

129. *Romagna-Manoia*, *A.*, Contributo anatomo-clinico allo studio delle vie del lemnisco nell uomo. Riv. sper. di fren. vol. XXXVII, fasc. 1. (S. 297*.)

130. *Salzer*, *Fr.*, Diagnose und Fehldiagnose von Gehirnerkrankungen aus der Papilla nervi optici. (Mit 29 Abb. auf 2 farb. Taf.) München 1911, J. F. Lehmann. 16 S. 1,50 M. (S. 293*.)

131. *Scheidemantel*, *E.*, Erfahrungen über die Spezifität der Wassermannschen Reaktion, die Bewertung und Entstehung inkompletter Hemmungen. Deutsche Arch. f. kl. Med. Bd. 101. H. 5—6. (S. 280*.)

132. *Schnitzler*, *J. G.*, Zur Abgrenzung der sog. Alzheimerschen Krankheit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 7, H. 1. (S. 288*.)

133. *Schnitzler*, *J. G.*, Zur differentialdiagnostischen Bedeutung der isolierten Phase-I-Reaktion in der Spinalflüssigkeit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 8, H. 2. (S. 280*.)

134. *Schob*, Ein eigenartiger Fall von diffuser, arteriosklerotisch bedingter Erkrankung der Groß- und Kleinhirnrinde; paralyseähnliches Krankheitsbild. (Mit 1 Schriftprobe, 10 Textfiguren u. 1 Taf.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 6, H. 1. (S. 286*.)

135. *Schölberg*, *H. A.*, and *Goodall*, *E.*, On the Wassermann reaction in 172 cases of mental disorder and 66 control cases, syphilitic



and other, with historical survey for the years 1906-1910, inclusive: Comments and conclusions. Journ. of ment. science, April. (S. 280*.)

136. *Schönhals*, *P.*, Über atypischen Ausfall der Wassermann-Reaktion bei einem Falle von anatomisch-pathologisch sicherer Paralyse. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. H. 2. (S. 280*.)

137. *Schröder*, *G. E.*, Beitrag zur Kenntnis der Fischerschen Plaques im Gehirn und ihrer klinischen Bedeutung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 5, H. 1. (S. 287*.)

138. *Schultze*, *E.*, Die Erkennung und Behandlung der multiplen Sklerose in ihren frühen Stadien. Deutsche med. Wschr. Nr. 8—10. (S. 301*.)

139. *Schuppius*, Zur Dienstbeschädigungsfrage bei progressiver Paralyse. Deutsche militärärztl. Ztschr. H. 11. (S. 276*.)

140. *Schuppius*, Über psychotische Erscheinungen bei Tumoren der Hypophyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 8, H. 4. (S. 293*.)

141. *Siemerling*, *E.*, u. *Raecke*, *J.*, Zur pathologischen Anatomie und Pathogenese der multiplen Sklerose. (Vorl. Mitteil.) Arch. f. Psych. Bd. 48, H. 2. (S. 301*.)

142. *Sonntag*, *E.*, Neuere Erfahrungen über die Serumdiagnostik der Syphilis mittels der Wassermannschen Reaktion. Med. Klin. H. 7. (S. 280*.)

143. *Solomin*, *N.*, Zur Frage der therapeutischen Wirkung des Salvarsans und seiner Anwendung bei parasyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. Medizinskoje Obosrenje, 1911, Nr. 16 (russisch). (S. 283*.)

144. *Spielmeyer*, *W.*, Paralyse, Tabes, Schlafkrankheit. Erg. d. Neurol. u. Psych. Bd. 1, H. 1 u. 2. (S. 274*.)

145. *Spielmeyer*, *W.*, Über die Alterserkrankungen des Zentralnervensystems. Deutsche med. Wschr. Nr. 30 u. 31. (S. 286*.)

146. v. *Stauffenberg*, Beitrag zur Lokalisation der Apraxie. (Mit 11 Textfig.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 5, H. 3. (S. 299*.)

147. *Stern*, *F.*, Über die spezifische Bedeutung der Harnreaktion mit Liquor Bellostii bei Paralyse. Münch. med. Wschr. Nr. 9. (S. 282*.)



148. *Stertz*, Die Bedeutung der Lumbalpunktion für die Diagnose von Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten. Med. Klinik Nr. 4. (S. 281*.)

149. *Stransky*, *E.*, u. *Löwy*, *R.*, Zur pathologischen Histologie der Hirn- und Meningealvenen. Wien. med. Wschr. Nr. 40. (S. 293*.)

150. *Stucken*, *H. M.*, Über eine angeblich für progressive Paralyse charakteristische Reaktion im Harn (mit Liquor Bellostii). Münch. med. Wschr. Nr. 16. (S. 282*.)

151. *Tomaschny*, Beitrag zu den Urinuntersuchungen mit Liquor Bellostii. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 51. (S. 282*.)

152. *Trapet*, *A.*, u. *Wolter*, *F.*, Besitzt die Urinuntersuchung mit Liquor Bellostii einen diagnostischen Wert für die Paralyse? Psych.-neurol. Wschr. Nr. 47. (S. 282*.)

153. *Treupel*, *G.*, u. *Levi*, *A.*, Die klinische Prüfung des Dioxydiamidoarsenobenzol, „Salvarsan“ genannt. Nach eigener einjähriger Beobachtung und Erfahrung. Münch. med. Wschr. Nr. 5 u. 6. (S. 284*.)

154. *Treupel*, *G.*, Die Salvarsan-Therapie bei Lues des Zentralnervensystems, bei Tabes und Paralyse. Deutsche med. Wschr. Nr. 22. (S. 284*.)

155. *Trömner*, *E.*, u. *Delbanco*, *E.*, Über Neurorezidive nach Salvarsan, speziell Polyneuritis. Münch. med. Wschr. Nr. 35 u. 36. (S. 285*.)

156. *Valle y Jove*, *R.*, Un caso de paramyoclonus multiplex. Arch. Españ. de neurol., psiquiatria y fisioterapia tomo 2, num. 7 Julio. (S. 302*.)

157. *Vix*, Kasuistischer Beitrag zur Frage der Beziehungen zwischen Apraxie und Agraphie. Arch. f. Psych. Bd. 48, H. 3. (S. 300*.)

158. *Vorbrodt*, *M.*, u. *Kafka*, *V.*, Zur Enesolbehandlung bei metasyphilitischen Erkrankungen. Berl. klin. Wschr. Nr. 3. (S. 283*.)

159. *Wagner v. Jauregg*, Über Behandlung der progressiven Paralyse mit Bakterientoxinen. Wien. klin. Wschr. Nr. 1. (S. 284*.)

160. *Weber*, *R.*, De quelques altérations du tissu cérébral dues à la

présence de tumeurs. Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière. (S. 293*.)

161. *Weygandt*, Hirngeschwulst und Störung des hinteren Hypophysenteils (Hypopituitarismus adiposo-genitalis). Hamb. Ärzte-Corresp. Nr. 3. (S. 292*.)

162. *Weil*, *E.*, u. *Kafka*, *V.*, Über die Durchgängigkeit der Meningen, besonders bei der progressiven Paralyse. Wien. klin. Wschr. Nr. 10. (S. 275*.)

163. *Wiener*, *O.*, Die Reaktion des Paralytikerharnes mit Liquor Bellostii. Prag. med. Wschr. XXXVI, Nr. 15. (S. 282*.)

164. *Williams*, *T. A.*, The clinical diagnosis of early tabes dorsalis with negative Wassermann reactions — a case where reaction became positive only after salvarsan — comments upon salvarsan in pretabetic states. Virginia med. Semi-Monthly, April. (S. 280*.)

165. *Williams*, *T. A.*, The treatment of „parasyphilis" of the nervous system in the light of recent research: Paresis and tabes dorsalis. Monthly cyclopaedia and med. bull., Dec. 1910. (S. 286*.)

166. *Williams*, *T. A.*, Poliomyelitis; new facts concerning its etiology, early diagnosis and treatment. Monthly cyclopaedia and med. bull., Nov. 1910. (S. 303*.)

167. *Willige*, *H.*, u. *Landsbergen*, *F.*, Histologische Diagnose diffuser Hirnerkrankungen durch Hirnpunktion. Münch. med. Wschr. Nr. 1. (S. 294*.)

168. *Willige*, *H.*, Über Paralysis agitans im jugendlichen Alter. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 4, H. 4. (S. 304*.)

169. *Witte*, *F.*, Ein Beitrag zur Symptomatologie und pathologischen Anatomie der Akromegalie. Arch. f. Psych. Bd. 48, H. 1. (S. 292*.)

170. *Woskressenski*, *S.*, Ein Fall von eigenartiger Mißbildung des Kleinhirns nebst anderen Anomalien neben einer chronischen Erkrankung des Zentralnervensystems. (Mit 5 Textfig.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 6, H. 1. (S. 294*.)

171. *Yawger*, *N. S.*, Indurative headache (Schwielenkopfschmerz) with report of three cases. The journ. of nerv. and ment. diseases. (S. 304*.)



172. *Yawger*, *N. S.*, Colloid bodies in the central nervous system: Their presence after severe traumatism in a case of dementia paretica. The journ. of nerv. and ment. diseases vol. 38, no. 3. (S. 276*.)

173. *Yawger*, *N. S.*, The gross and histologic findings in dementia paretica. Amer. journ. of insan. no. 4, April. (S. 276*.)

174. *Yawger*, *N. S.*, Chronic „rheumatic“ myositis (Muskelschwielen). The Lancet, July 31. (S. 304*.)

175. *Zahn*, *Th.*, Über zentrale Störungen der Artikulation. Württ. med. Korresp.-Bl. (S. 298*.)

176. *Zipperling*, Lues cerebri und Trauma. Neurol. Ztrlbl. Nr. 23. (S. 276*.)

177. *Ziveri*, *A.*, Beitrag zur Kenntnis des präsenilen Irreseins. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 8, H. 3. (S. 287*.)

a) Dementia paralytica.

Zur Geschichte der progressiven Paralyse liefert *Mönkemöller* (112) einen wertvollen Beitrag. Wenn Verf. auch dem hohen Ziele, aus der Zeitliteratur rückwärts das Auftreten der Paralyse festzustellen, wegen der Dürftigkeit und Unzuverlässigkeit der Quellen entsagen mußte, bringt er im Suchen nach der Wahrheit viel Interessantes und das nicht geringe Ergebnis, daß die Paralyse in den ihrer Entdeckung voraufgehenden Jahrhunderten gegen die übrigen Psychosen ganz in den Hintergrund tritt, auch wenn die Fehlerquellen der nachträglichen Diagnose noch so hoch in Rechnung gestellt werden. Ein stärkeres Anschwellen scheint sich erst am Ende des 18. und Beginn des 19. Jahrhunderts zu zeigen. Nimmt man den Begriff der Zivilisation in dem weitesten Sinne neuer und stärkerer Ansprüche an das Individuum, so kann man auch seinem Schluß zustimmen, daß das Anwachsen der Paralyse auf die zunehmende Zivilisation zurückzuführen sei.

Spielmeyer (144) behandelt in einem Sammelreferat die für die Erforschung der Paralyse, der Tabes und der ihnen verwandten Schlafkrankheit wichtigen Arbeiten der letzten 6—7 Jahre. Im Kapitel der Histopathologie bespricht Sp. eingehender die Beziehungen der Psychose zur multiplen Sklerose, die sich in der fleckweisen Etablierung des Markschwundes und der dickfaserigen Gliawucherung im Markanteil dieser Herde ausdrücken. Bei der Schlafkrankheit, deren Wesen an der Hand meist eigener Arbeiten ausführlicher abgehandelt wird, zeigte sich fleckförmiger Faserschwund in der Rinde nicht. Die neueren Untersuchungen *Sp.*s zeigen das Bemerkenswerte, daß zentrale Störungen ähnlich der Paralyse und Tabes zu einer Zeit einsetzen, wo Trypanosomen nicht mehr sichtbar nachzuweisen waren, und nur bei einem kleinen Prozentsatz der Trypanasomentiere eintreten. *Sp.* schließt mit der Hoffnung, daß gerade bei solchen Untersuchungen durch systematische chemotherapeutische Bestrebungen im Sinne *Ehrlichs* die Grundlage für die Vorbeugung der Paralyse geschaffen werden könne.



Mattauschek und *Pilcz* (107) suchen durch Katamnese von 4134 Fällen luetischer Infektion festzustellen, in welchem Prozentsatz die Paralyse ihre Opfer fordert. Die Fälle betreffen nur Offiziere. Paralytiker fanden sich darunter 195 = 4,7%, nach Abzug der in die ersten 9 Jahre nach dem Primäraffekt fallenden 704 Fälle, unter denen sich 35 Paralytiker befanden, ergab der Rest von 3430 Syphilitikern 160 Paralytiker = 4,67%. Auf einer Tabelle sind die Fälle von Gesundheit, Paralyse, Tabes, Lues cerebrospinalis, Psychosen und Tod übersichtlich zusammengestellt, extrem ist darin das Vorkommen von 35 Paralysen innerhalb der ersten 9 Jahre, die ersten drei im dritten Jahre, ein Fall im 39. Jahre und fünf im 45. bis 65. Jahre. Die Luetiker mit ungenügender Behandlung stellten 23,23% Paralysen, die mit genügender nur 3,47%, indessen sind in dieser Frage nur die Fälle verwertet, deren Behandlungsart sichergestellt werden konnte. Ebenso mußte das Material bezüglich des Einflusses der Rezidive auf Paralyse auf 1865 sicher ermittelte Fälle beschränkt werden, hier standen 42,53 Paralysen bei fehlenden Rezidiven einem Prozentsatz von 1,53% bei wiederholten, 3,57% bei einem Rezidiv gegenüber. Daraus geht der Nutzen sorgfältiger chronisch-intermittierender Syphilisbehandlung klar hervor. Einfluß der Behandlung auf das Intervall zwischen Infektion und Paralyse ließ sich nicht erkennen, aber eine sehr bemerkenswerte Verminderung der Disposition zu späterer Paralyse scheint durch eine fieberhafte Infektionskrankheit während der ersten Jahre nach der Infektion geschaffen zu werden.

An einem Falle, in dem sich paralytische Veränderungen mit syphilitischen kombinierten, erörtert *Giljarowsky* (60) die Beziehungen der Paralyse zur Gehirnsyphilis. Neben dem unzweifelhaft der Paralyse angehörigen Befunde der Nervenzellen, des Ausfalles der Tangentialfasern, Infiltration von Lymphozyten und Plasmazellen bestanden Läsionen syphilitischer Natur: Rarefikation des Gewebes um die Gefäße, Verdickung der Gefäßwände und ausgedehnte Verwachsungen der Windungen besonders in der rechten Hemisphäre. Da diese Veränderungen eine langsamere Entwicklung voraussetzen lassen als die paralytischen, ist zu schließen, daß sie den letzteren vorangegangen sind, wie es auch im klinischen Bilde erkennbar war, in dem sich zu den anfänglich tabischen Symptomen zunächst nur ein auf Hirnlues deutender Komplex gesellte. Deutlicher Parallelismus des Grades beider Befunde sprechen für die innige Verwandtschaft und vielleicht auch für den Kausalzusammenhang, das beweise, wo die anatomische Forschung versagt, die Serologie.

Weil und *Kafka* (162) konstatieren mit einer beschriebenen Technik des Nachweises der Antikörper in der Zerebrospinalflüssigkeit (und im Serum) daß die Permeabilität der Mennigen in der Paralyse erhöht ist, ungefähr auf das Zehnfache des Normalen, trotzdem aber finden sich im Liquor noch ungefähr hundertmal weniger Hämolysine als im Blute. Das spricht dafür, daß es sich bei der Wassermannreaktion im Liquor nicht um bloßen Durchtritt von Antikörpern aus dem Blute handelt, sondern auch von Antigenen, durch die sich in dem somit von der Säftezirkulation ausgeschlossenen Liquor Antikörper bilden. Da auch bei akuter Meningitis die Durchgängigkeit erhöht wird, ist die Methode auch für die Diagnose dieser verwendbar.

Ladame (100) bringt neues Material zu der von ihm beschriebenen Mesaortitis gummosa, die sich bei Paralytikern in allen Stadien ihrer Entwicklung finde.

Yawger (173) stellt die groben und histologischen Befunde an den Organen Paralytischer nach den neueren und eigenen Untersuchungen zusammen.

Eine andere Arbeit *Yawgers* (172) behandelt die zuerst von *Zenker* in der Retina beobachteten Kolloidkörper des Zentralnervensystems, deren Herkunft und Bedeutung seither sehr verschieden beurteilt worden ist. Anscheinend stammen sie vom Myelin markhaltiger Nervenfasern, seltener von Zertrümmerung der Achsenzylinder und sind durch traumatische oder entzündliche Vorgänge bedingt. Die Auffassung als Artefakte ist nicht berechtigt. Bei einem 32jährigen geisteskranken Neger, der nach Kopfverletzung starb, fanden sie sich sehr zahlreich überall im Gehirn bis zum Pons, nicht im Kleinhirn und der Medulla, am dichtesten im Chiasma. Sie hatten einen Durchmesser von 15—25 μ, polarisierten nicht, färbten sich am besten mit Toluidinblau oder Thionin, schwach mit Hämatoxylin, nicht mit Jodin und Acid. sulf. *Y.* meint, daß ihr Nachweis in mediko-legalen Fragen von Wert sei.

Zur Frage: Unfall und Paralyse berichtet *Pach* (121) zwei Fälle; in einem wurde der Zusammenhang mit starker Feuerhitze im Gewerbe abgelehnt, im zweiten der Zusammenhang einer „im Mai" konstatierten Paralyse mit einem Sturz des Kranken ins Wasser am 2. Mai angenommen: „ohne dieses Trauma wäre höchstwahrscheinlich die Syphilis des X. noch lange, vielleicht noch Jahre hindurch stationär geblieben." (!)

Schuppius (139) spricht sich vorsichtig über den Einfluß der Dienstbeschädigung auf die Paralyse von Militärpersonen aus. Die Tendenz, einen Zusammenhang zu betonen, bestehe deutlich, im Dienst an sich liege keine Ursache, höchstens die Ursache einer Beschleunigung oder Verschlimmerung.

In einem von *Jüsgen* (89) mitgeteilten Falle stellte sich wenige Wochen nach Kopfverletzung ein Symptomenkomplex ein, wie er bei Unfallsneurasthenikern nicht selten ist: Charakterveränderung bald in Gleichgültigkeit, bald in wechselnden Affekten sich äußernd, nervöse Klagen, hysterische Stigmata, auslösbare hysterische Krampfanfälle. W-M im Blute, positive Phase I mit Pleozytose und Luesreaktion im Liquor wiesen auf Paralyse, deren klinische Erscheinungen später ziemlich plötzlich die hysterischen ablösten.

In *Zipperlings* (176) Fall traten eine Woche nach schwerem Kopftrauma Symptome einer Hirnlues auf, Infektion vor etwa 3 Jahren, W-M im Blute —, im Liquor +, Pleozytose, Nonne-Apelt +. Nach Traitement mixte verschwand W-M im Liquor, die Pleozytose nahm ab, Pat. wurde gebessert entlassen.

Ladame (99) führt aus, daß vom anatomisch-pathologischen Standpunkt eine traumatische Entstehung der Tabes zwar möglich, aber wenig wahrscheinlich und noch weniger bewiesen ist. Die Theorie *Edingers* führt uns darin nicht weiter, und auch die klinische Beobachtung hat noch keinen sicheren Fall rein traumatischer Herkunft geliefert.

Knapp (94) stellt die ersten Symptome fest, die in 100 Fällen von Paralyse



aufgetreten sind, indem er anamnestische Angaben dem klinischen Befunde gegenüberstellt. Im ganzen ist das Ergebnis dürftig, die Angaben sind unsicher und die ersten Störungen zu wenig signifikant. An erster Stelle scheinen Änderung der Patellarreflexe, Pupillenanomalien, Sprachstörung und Änderung der Schrift zu stehen.

Näcke (115) untersuchte das Verhalten der mechanischen Muskelerregbarkeit bei Geisteskranken, insbesondere Paralytikern nach dem Tode. Die Ergebnisse sind in Tabellen und in Schlußsätzen niedergelegt. In etwa 3—4 Stunden nach dem Tode ist die Erregbarkeit sicher völlig verschwunden, was für die Zeitbestimmung des Todes sicherer verwertbar ist als die viel variablere nach Eintritt und Ausbreitung der Totenstarre oder gar der Totenflecke.

Zwei Arbeiten *Ladames* (101, 102) polemisieren gegen die Auffassung eines von *Preissig* als luetische Meningitis der Konvexität beschriebenen Falles und weisen nach, daß es sich um arteriosklerotische Psychose handelt.

Bisgaard und *Bertelsen* (18) berichten über Untersuchungen der „vier Reaktionen“ mit dem Ziele qualitativer Bestimmungen der Eiweißstoffe. Die Verdünnungsmethode *Zalozickis* ist der *Nissl-Essbach*schen vorzuziehen, weil sie schneller ist, weniger Liquor erfordert und eine geringere Fehlergrenze hat. Phase I wird durch sie sehr genau bestimmt. Diese zeigt einen normalen Wert von 0—2 und ist hiernach wahrscheinlich nicht spezifisch, indem sie nur bei gewissen, namentlich metaluetischen Erkrankungen erhöht wird. Die Untersuchungen geben keine Stützpunkte für die Theorien über Abhängigkeitsverhältnisse zwischen einer der vier Reaktionen im Liquor, aber deutlichen Parallelismus zwischen meningealer Infiltration in med. spinalis und Zellgehalt des Liquors. Wiederholte Punktionen deuten auf Konstanz der Eiweißwengen im einzelnen Fall und auf Abhängigkeit derselben vom klinischen Verlauf einer Paralyse mit etwas Tendenz zum Fallen nach dem Tode hin. Im Liquor kommen wenigstens drei Eiweißarten vor, wovon zwei in Phase I gefunden werden können. Zum Schluß wird eine Reaktion mit Formalinlösung beschrieben, die vielleicht nicht spezifisch ist, aber sich noch zeigt, wo andere Reaktionen nach *Wassermann* versagen.

Durch weitere Untersuchungen kommt *Bisgaard* (21) zu dem Resultat, daß bei Paralyse die Hauptmenge des Eiweißes mit Ammoniumsulfat gefällt wird, bei anderen organischen Krankheiten, auch der Lues cerebri, dagegen nur ein kleinerer Bruchteil. Biologisch und chemisch lassen sich im Liquor bei Paralyse andere Stoffe als bei gewöhnlichen luetischen Erkrankungen feststellen, die zum Ausdruck bringen, daß sich ein „Etwas“ in der Zeit zwischen Infektion und Paralyse vollzieht.

Dembowski (32) erklärt entgegen *Nonne* den positiven WM im Liquor für die Differentialdiagnose zwischen Tabes und Paralyse nicht für verwendbar, bei anderen Erkrankungen auf luetischer Basis kann WM im Blute im akuten Stadium negativ, im Liquor positiv sein, und zwar nicht selten. Die verwendeten Antigenen A, C und B erwiesen sich in abnehmender Staffel zuverlässig.

Klieneberger (92) berichtet neue Untersuchungsreihen aus der Breslauer Klinik. Die Wassermann-Reaktion hat sich für die Diagnose der untersuchten 61



zunächst als sicher, 56 als fraglich bezeichneten Paralysen als außerordentl wertvoll erwiesen. Sie hat im Serum nie, im Liquor nur einmal versagt und allen auf Paralyse verdächtigen, aber durch den klinischen Verlauf als Nicht-Paralysen erwiesenen Fällen die Diagnose Paralyse stark in Zweifel gestellt oder hinfällig gemacht. Bei Tabes war WM im Serum immer positiv, im Liquor 10 Fällen negativ, in 12 Fällen positiv, von denen zwei paralyseverdächtig wa und einer wahrscheinlich Lues cerebrospinalis. Bei Lues cerebrospinalis spricht positive Liquorreaktion angesichts stürmischer und wechselnder Symptome für diese Diagnose, während sie sich bei metaluetischen Erkrankungen findet, auch wenn subjektive und grob objektive Störungen fehlen. Aber niemals sollte die Untersuchung des Zell- und Eiweißgehaltes unterlassen werden. Den Schluß bilden Angaben über 140 Fälle anderer Erkrankungen und über die Beeinflussung der Reaktionen durch nukleinsaures Natron.

Nonne (118) legt in seinem Vortrag den heutigen Stand der diagnostischen Bedeutung der „vier Reaktionen" dar, wie er sich aus seinem umfangreichen, zum Teil katamnestisch verfolgten Material von 563 Fällen ergab (Tabes, Paralyse, verschiedene Formen von Zerebrospinallues, multiple Sklerose und Tumoren des Gehirns und Rückenmarkes). Das Verhalten der Reaktionen wird an elf Gruppen diagnostischer Komplexe erläutert. Es bestehen, wie *N.* ausführt, noch immer Lücken, die in erster Linie die Methode der Katamnese ausfüllen kann, aber auch nach Klärung mancher noch unentschiedenen Fragen wird die Methode der vier Reaktionen nur die Rolle einer Dienerin, nicht die einer Führerin in der Diagnose spielen dürfen.

Boas und *Lind* (23) prüfen das Verhalten bei Syphilis ohne Symptome seitens des Nervensystems. WM fand sich im Blute bei allen unbehandelten Fällen, auch wo sie stark war, fehlte sie überall im Liquor. Pleozytose fand sich nur schwach vertreten in 4 von den 12 zur Untersuchung gezogenen Fällen, Nonne-Apelt nur in einem Falle über die von *Bisgaard* als physiologisch angesehene Grenze (1—2) hinaus. Die gesamte Eiweißmenge ergab in 6 Fällen keine Anreicherung.

Pesker (125) stellte bei 150 Geisteskranken die *Wassermann*sche Probe an. Bei 13 Pat. mit Dementia praecox fiel die Probe negativ und nur bei einem hereditär schwer belasteten positiv aus. In 15 Fällen genuiner Epilepsie war die Reaktion nur einmal ausgesprochen positiv, und zwar handelte es sich hierbei um einen Kranken, bei dem hereditäre Syphilis sehr wahrscheinlich war. Von 16 Kranken mit anorganischen Psychosen reagierten 14 negativ. Von den 50 untersuchten Paralytikern bot nur einer eine negative Reaktion, und zwar geschah das nach Anwendung von Salvarsan (bis dahin war die Reaktion schwach positiv). 13 Patienten mit Lues cerebri reagierten sämtlich positiv. Überhaupt fehlte nur in einem einzigen Falle die Erklärung für den positiven Ausfall der Reaktion. Nach den von ihm erhaltenen Resultaten schätzt Verf. die diagnostische Bedeutung der *Wassermann*schen Reaktion sehr hoch ein. (*Fleischmann*-Kiew.)

E. Jones (87) gibt einen Überblick über Sitz, Wesen und Form syphilitischer Erkrankungen des Zentralnervensystems, oft in zu sicherer Bewertung noch nicht gesicherter Annahmen: Paralyse und Tabes sind der gleiche, nur anders lok



ierte Krankheitsprozeß, positive WM-Reaktion beweist aktive Syphilis, negaive WM-Reaktion im Serum schließt Paralyse aus.

Zur Kasuistik der Hirnsyphilis liefert *Brandt* (26) einen Beitrag mit einem asch letal endigenden Fall, der klinisch einen auf Paralyse verdächtigen, aber doch insicheren Befund ergeben hatte und sich als luetische Myelomeningitis erwies: Infiltration der konvexen Pia mit Lymphozyten, in die Lymphscheiden der Hirngefäße übergreifend mit Wucherungs- und Rückbildungserscheinungen an den Gefäßwänden nebst einem anscheinend frischen Erweichungsherd in der Rinde der Insel, der auf Gefäßverschluß zurückzuführen ist.

A. Hauptmann (68) gibt neue Untersuchungsreihen mit der auf Verwendung größerer Liquormengen (bis 5 ccm) beruhenden Auswertungsmethode. Sie befähige, syphilogene Prozesse am Nervensystem zu trennen von anderweitigen organischen und funktionellen zerebrospinalen Erkrankungen ohne Rücksicht darauf, ob der Pat. spezifisch infiziert war oder nicht. So ergab die Methode bei 44 nach der Originalmethode negativ reagierenden Fällen von Zerebrospinallues in 42 positive Reaktion, in den negativen 2 Fällen war auch klinisch Heilung eingetreten. Bei Arteriosklerose mit früherer Lues bedeutet positive Reaktion echtluetische Endarteritis, negative nur Arteriosklerose bei Lues; bei Tabes ergab die Methode in 87% positive Reaktion, in allen Fällen nicht luetischer Erkrankungen negative. Im Gegensatz zu der Originalmethode ist demnach der negative Ausfall mindestens ebenso diagnostisch wichtig wie der positive und liefert eine Handhabe, inzipiente Paralytiker von syphilitischen Neurasthenikern zu scheiden.

Mochi (111) stellt an 20 normalen Liquores fest, daß das spezifische Gewicht zwischen 1,0086 und 1,0067 schwankt, die Viskosität etwa halb so groß ist als die des Serums und der osmotische Druck etwas höher als im Serum ist. Zwischen der elektrischen Leitungsfähigkeit des Blutes und des Liquors scheint ein gewisser Parallelismus zu bestehen. Gewicht und Viskosität gehen im Blute parallel, im Liquor anscheinend nicht.

May (108) vergleicht den nach verschiedenen Methoden gewonnenen Nachweis der Eiweißstoffe und des Zellgehaltes im Liquor und der Reaktion im Serum bei 57 Paralytikern und 29 anderen Psychosen. Er findet Vermehrung des Globulingehaltes auch in vielen nicht-paralytischen Psychosen. Die Original-WM-Methode ist der *Noguchi*s vorzuziehen, doch kann die Methode *Noguchis*: Antigen und Ambozytos auf Papier mit Vorteil verwendet werden.

Nach *Heiligs* (70) Untersuchungen an sieben kurz geschilderten Fällen findet sich Pigmenterythrozytose ausschließlich bei chronisch-entzündlichen und Neubildungsprozessen, die ihren Ausgang von den Meningen nehmen. Sie beruht auf Gefäßstauung und reaktiv-entzündlichen Vorgängen in der Umgebung des Herdes, die zu Blutaustritt in den Liquor führt; unterbricht die Neubildung die Kommunikation innerhalb des Rückenmarkskanals, so kommt es unterhalb der Unterbrechung zu Xanthochromie und erhöhter Gerinnbarkeit. Bei syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen spricht Kombination von Lymphozytose mit Pigmenterythrozytose für besonders ausgeprägte meningeale Prozesse. Die drei Stadien: Erythrozytose—Pigmenterythrozytose—



Pigmentliquor können bedingungsweise als Maßstab für Alter, Stadium und Intensität des Prozesses verwendet werden.

Nach *Schnitzler* (133) ist die isolierte positive Phase I-Reaktion für die Differentialdiagnose zwischen Tumor und Spondylitis nicht zu verwenden, sie fand sich in 4 Fällen von Spondylitis mit Querschnittsläsion und war zweifelhaft oder fehlend in 3 Fällen von Spondylitis ohne Querschnittsläsion und in einem Fall von Spondylitis mit leichteren Rückenmarkssymptomen. Ob sie Kompression anzeigt, ist noch zu prüfen, die klinischen Merkmale sind jedenfalls darin ein besserer Führer. Ihr Vorkommen sowohl bei Tumor wie bei spondylitischer Querschnittsläsion spricht dafür, daß die Eiweißvermehrung durch mechanische Behinderung der Zirkulation von Blut, Lymphe und Liquor mit bedingt ist.

Ein Fortbildungsvortrag von *Fränkel* (48) behandelt in klarer Darstellung Geschichte, Methoden, Wesen und Wert der Wassermann-Reaktion und berichtet über 3000 eigene Untersuchungen.

Schölberg und *Goodall* (135) erläutern ihre Befunde an 172 Fällen und Kontrolfällen an zahlreichen Tabellen. Auffällig niedrig ist ihr positiver WM im Serum bei Paralyse: 75,5%, und im Liquor: 41,46%. Die Ansicht, daß positiver Ausfall in späteren Stadien der Paralyse häufiger ist, als in frühen, wird nicht bestätigt, mehr das Verschwinden in Remissionen. Sie fanden WM + im Liquor in 16,6 % bei Epilepsie, in 11,8 % bei Idiotie mit Epilepsie, in 7 % bei Idiotie, negative Reaktion im Serum und Liquor in einigen klinisch und autoptisch sicheren Paralysefällen. *Nonne-Apelt* erwies sich ebenso zuverlässig wie WM.

Schönhals (136) veröffentlicht einen durch die Sektion bestätigten Paralysefall mit negativem WM im Serum und Liquor, positiver Phase I und Pleozytose. *Williams* (164) einen Fall von Tabes incipiens, in dem die anfangs negative Serumreaktion nach Quecksilberbehandlung schwach und nach Salvarsan stark positiv wurde. *W.* knüpft an den Fall Bemerkungen über klinische Frühdiagnose und den Nutzen früher spezifischer Behandlung.

Scheidemantel (131) nimmt die Serumreaktion in nahezu sämtlichen vorkommenden Krankheiten zum Gegenstand seiner Betrachtungen, von den [illegible] untersuchten Fällen zeigten nur 6 starke WM-Reaktion, die nicht durch Lues oder Eigenhemmung zu erklären war, sie betrafen Tuberkulose, Diabetes, Varizen, Lupus und Karzinom. Zwei positive Fälle von Nephritis erwiesen sich bei der Sektion als spezifisch. Fehlerquellen liefern außer der Methode auch Komplement, Extrakt und Eigenhemmung. Gleiche Sera zu gleicher Zeit mit gleichen, frisch entnommenen oder verschiedenen Komplementen untersucht, gaben zum Teil widersprechende Resultate. Stark ikterische Sera sind wegen Eigenhemmung unbrauchbar. Über die Durchführbarkeit und die Zweckmäßigkeit des Rates, daß alle Institute nach einheitlicher Methode und mit Benutzung eines „Standardantigens“ arbeiten sollten, kann man wohl anderer Meinung sein.

Auch *Sonntag* (142) hält amtliche Kontrolle der Antigene für wünschenswert und Beschränkung der Untersuchungen auf serologische Laboratorien. Seine Arbeit behandelt Mechanismus, Methodik und Technik, Beurteilung und Verwertung der WM-Reaktion nach den neueren und eigenen Studien und faßt die Leitsätze in bündigen Schlußforderungen zusammen.



Farnell (40) fand mit der „Drei Tropfen-Methode" (Zentrifugieren des Liquors, :ntnahme von 3 Tropfen des Sedimentes) in 76 Fällen von Paralyse Lymphozytose, ı einem nicht, 93 % der Paralytiker hatten vermehrtes Globulin, ein Fall von 'abes und einer von Zerebrallues nicht, 3 Fälle von Tabes waren zytologisch positiv, wei Fälle von Zerebrallues schwach positiv. In *Korsakoff*-Psychosen war beides egativ. 98 % Epileptiker hatten vermehrte Lymphozyten, keiner vermehrtes :lobulin, ebenso 2 von 3 traumatischen Psychosen und Fälle von Morphinismus nd Azetonilismus. 2 von 4 Arteriosklerosen nicht syphilitischer Herkunft ergaben chwache Lymphozytose ohne Globulinreaktion.

Gilmour (61) redet der von *Browning*, *Cruikshank* und *Mc Kenzie* beschriebenen Iethode das Wort, die auf Verwendung einer mit Cholestearin gesättigten Lezithin-mulsion beruht.

Stertz (148) gibt in seinem Vortrag einen kritischen Überblick über die klinische 3edeutung der Lumbalpunktionen und der vier Reaktionen.

Pappenheim (122) verteidigt seine Anschauungen über die Polynukleose ›ei Paralyse gegen *Kafka* und betont in Schlußsätzen, daß sich im Liquor Para-ytischer nur selten eine Steigerung des Leukozytengehaltes über 10—15% hinaus indet, die häufiger bei Anfällen oder Exazerbationen sei als in Zwischenzeiten. :hr Zusammentreffen mit Temperatursteigerung und polynukleären Leukozyten m Blute spräche für eine plötzliche Verstärkung des Paralysegiftes als Ursache. Ein Fall wird mitgeteilt, in dem bei Psychose, wahrscheinlich Dem. praecox, nach :inem Erhängungsversuch vorübergehend Liquorpolynukleose eintrat, gleichzeitig nit einem deliranten Zustand, Sehstörungen und ataktischen Symptomen, der einem lauernden *Korsakoff*-Komplex Platz machte. Die Polynukleose sei in diesem Falle ıicht auf lokale meningeale Veränderungen zurückzuführen, sondern auf eine ıllgemeine Vergiftung, wie dies auch bei anderen allgemeinen Ursachen, wie Sonnen-tich, Urämie usw. verbreitet sei.

Hauptmann (67) führt 53 Familien (Eltern und Kinder) auf, in denen bei nindestens einem Mitgliede WM positiv war. Der Befund bei jeder Familie ist ːurz und übersichtlich skizziert. Die Untersuchungen liefern recht wertvolle Er-ȝebnisse, nicht nur, daß sie unsichere nervöse Befunde ätiologisch aufklären und lie Wege der Syphilis auch da hinverfolgen ließen, wo Anamnese und Befund 'ersagten, sie wiesen auch nach, daß bei der infizierten Ehehälfte die Syphilis in ast 100% latent verlief, wenn der infizierende Teil an einem syphilitischen Zerebro-pinalleiden erkrankt war. Bei der Vermutung, daß die Spirochäten infolge der ˀassage durch das Zentralnervensystem an Virulenz verlieren, wäre wohl ichtiger gesagt: durch die Beteiligung des Zentralnervensystems, denn ›assieren wird es doch nur ein Bruchteil. In der Deszendenz sind zwei Gruppen charf zu trennen: die tatsächliche Infektion durch die Eltern und die Keim-chädigung durch das syphilitische Virus, in der letzteren ist negative Reaktion u erwarten. Gerade hier kann die weitere Forschung, zumal wenn sie sich auf Eltern und Geschwister erstreckt, viel zur Klärung der Epilepsie, Idiotie, Dege-ıeration und Psychopathie beitragen. Ob positiv reagierende, sonst Gesunde, pezifisch zu behandeln sind, hängt von der weiteren Beobachtung ab, was aus olchen Personen in ihrem späteren Leben zu werden pflegt.



Labbé und *Gallais* (97, 98) studierten an 15 paralytischen Frauen in ver-schiedenen Krankheitsstadien und bei verschiedener Diät (Milch oder vegetarisch, mit und ohne Milch oder gemischt) die Eigenschaften des Urins. Sie fanden in der Vermehrung der Stickstoffverbindungen bei Verminderung des Harnstoffs, in der Ausscheidung von Chlorverbindungen und im Auftreten von Glykosurie und Al-minurie Parallelvorgänge mit den Stadien der Krankheit und meinen darin eine prämortale Periode feststellen zu können, die den Tod vorherzusagen erlaubt.

Die von *Butenko* beschriebene, angeblich für Paralyse charakteristische Reaktion des Harns mit Liquor Belostii ist verschiedentlich nachgeprüft. *Stucken* [illegible], der auch den chemischen Vorgang eingehend erörtert, spricht ihr jeden diagnostischen Wert ab, sie komme in manchen Harnen körperlich schwer Kranker wie körperlich Gesunder vor. *Trapet* und *Wolter* (152) haben sie zwar bei Paralyse häufiger ge-funden als bei nicht-paralytischen Geistesstörungen und Gesunden, müssen sie aber als diagnostisches Hilfsmittel ablehnen. *Wiener* (163) scheint sie eine Be-gleiterscheinung marantischer Prozesse zu sein, nach *Stern* (147) tritt sie regel-[illegible] auf, allerdings häufiger bei Paralyse und Tumor cerebri, ebenso urteilen *Cohn* [illegible] und *Tomaschny* (151).

Die Ausführungen *Oliviers* und *Boidards* (120) über paralytische Anfälle an drei umständlichen Krankheitsgeschichten enthalten nichts Bemerkenswertes.

Benon (13) widmet der Gedächtnisschwäche der Paralytiker einen längeren Aufsatz, der er zusammen mit anderen psychischen Störungen mehr diagnostische Bedeutung zuweist als den körperlichen Symptomen.

Hermann (73) beobachtete anhaltende präagonale linksseitige Zwerchfell-krämpfe mit Singultus bei einem Paralytiker, die sich zu allgemeinen linksseitigen Konvulsionen gesellt hatten. Sektion konnte nicht stattfinden.

Sánz (41) hält den in seinem Fall von Tabes aufgetretenen doppelseitigen Herpes Zoster für akzidentell und ohne Kausalnexus mit der Tabes.

Gaztelu (53) beschreibt Skoliose im oberen Teil der Lendenwirbelsäule in einem Falle von Tabes von vierjähriger Dauer als eine Form tabischer Artropathie.

Enge (37) stellt in seiner zusammenfassenden Literaturstudie die bisherigen therapeutischen Maßnahmen gegen Paralyse in zweckmäßiger Gruppierung zu-sammen. „Man wird sich unbedenklich dahin äußern können, daß wir zurzeit von einer r a t i o n e l l e n Therapie noch nicht sprechen können.“ E. fordert jeden Syphiliker zur Verhütung der Paralyse möglichst früh und so lange zu be-handeln, bis die positive WM-Reaktion dauernd geschwunden ist.

Anton (3) resümiert das Wichtigste der Paralyse nach den Gesichtspunkten: wer erkrankt an Paralyse, welche Symptome gestatten ihre frühe Erkennung, welche Teile des Zentralnervensystems erkranken am meisten, welche Symptome charakterisieren die fertige Krankheit, wie ist ihr vorzubeugen und wie ist sie zu behandeln. Für die Bevorzugung des Stirnhirns hält *A.* die Erklärung durch die ungünstigeren Zirkulationsbedingungen für beachtenswert. Grundzüge der Ver-hütung sind: Rezidiven vorzubeugen und den Gesamtorganismus widerstandsfähig zu erhalten. Bezüglich der Behandlung mit Salvarsan vertritt *A.* die von Wi[illegible] aufgestellten Grundsätze.



Klieneberger (93) unterzieht die Behandlung mit Na. nucleinicum einer
itischen Nachprüfung mit dem Ergebnis, daß die Erfahrungen nicht ermutigen
innen, das schmerzhafte Verfahren weiter anzuwenden.

Donath (33) wendet dagegen ein, daß die Behandlung in diesen Fällen in
ı vorgeschrittenen Stadien angewendet sei.

Auch *Löwenstein* (105) hat unter 13 sicheren Paralysefällen, zum Teil im
itialen Stadium, nur in zwei Fällen zweifelhafte Besserung durch Nuklein-
ehandlung gesehen und verwirft die Methode.

Hussels (82) dagegen hat in einem von fünf sonst ungebesserten Fällen, in
em der Kranke bereits dem terminalen Stadium nahe war, Veränderung im Krank-
eitsbilde konstatiert, die sich als Entlastung des Körpers von toxischen Produkten
euten lassen.

O. Fischer (46) hat jeden zweiten der aufgenommenen Paralytiker mit Nuklein
ehandelt und sah in einer großen Zahl von Fällen an Heilung grenzende Remis-
ionen, die sich aber nicht dauerhaft erwiesen, von den nicht behandelten Fällen
eigte nur einer Remission. Die Resultate waren denen mit Tuberkulin ähnlich,
edenfalls beruht die Wirkung beider neben der Hyperthermie auf Blutleukozytose,
lenen wohl auch die günstige Wirkung von Kochsalzinfusionen zuzuschreiben
st. In dem erwähnten Fall von Remission ohne Nuklein waren 19 Enesolinjektionen
gemacht worden.

Von Enesol haben *Vorbrodt* und *Kafka* (158) in 10 Fällen von Paralyse (8),
Tabes und Encephalitis luetica keine Beeinflussung des klinischen Bildes und des
biologischen Verhaltens des Blutes und des Liquors gesehen.

Jurmann (90) hat 17 Paralytiker mit Injektionen von nukleinsaurem Natrium
nach *Donath* behandelt. Er fing mit Dosen von 1,0 an und stieg bis zu 2,0—2,5.
Die Steigerung der Dosis machte er von der Temperaturreaktion abhängig. Zwischen
einer Injektion und der folgenden lag eine Pause von mindestens 8 Tagen.

Von den behandelten 17 Pat. starben vier während der Behandlung (der Tod
stand aber in keinem Zusammenhang mit den Injektionen, es handelte sich um
sehr vorgeschrittene Fälle), sechs Fälle blieben unbeeinflußt, während bei sieben
Besserung festgestellt wurde.

Die Besserung zeigte sich zunächst in Gewichtszunahme (in einem Falle bis
23 kg), aber auch in seelischer Beziehung war die Besserung in einem Falle z. B.
so bedeutend, daß der Kranke seiner Beschäftigung nachgehen konnte, und nur
die Kürze der verflossenen Zeit hält den Verf. davon ab, von einer Genesung zu
sprechen. Auch in zwei anderen Fällen konnten nach der Behandlung in psychischer
Beziehung keine Abweichungen von der Norm bemerkt werden. In weiteren Fällen
waren wohl psychische Defekte vorhanden, doch war die Besserung „frappant".
In drei Fällen verschwand die vorhanden gewesene Sprachstörung, einmal ver-
schwand das *Romberg*sche Symptom, in einem Falle konnten die Patellarreflexe,
die verschwunden waren, wieder ausgelöst werden. Überhaupt waren die Besse-
rungen vorzugsweise in den Fällen von Taboparalyse zu verzeichnen.

(*Fleischmann*-Kiew.)

Aus der Arbeit von *Solomin* (143) über die Wirkung von Salvarsan heben



wir nur seine Beobachtungen an Paralytikern hervor. Eine günstige W... dieses Mittels hat *S.* bei keinem dieser Pat. gesehen. Im Gegenteil bericht... über eine Verschlimmerung des Zustandes unter dem Einfluß von 606. Es w... danach Gewichtsabnahme, schwere motorische Unruhe, sexuelle Erregungen ... andere ungünstige Erscheinungen beobachtet. (*Fleischmann*-...)

Wagner v. Jauregg (159) verwendete abgetötete Staphylokokkenkulturen ... steigender Konzentration und schreibt ihnen namentlich in manischen Formen d... Paralyse den Eintritt von Besserungen zu, die übrigens erheblich später als ... Tuberkulininjektionen beginnen. In einem Falle, wo sich nach Salvarsaneinspritz... langwierige Staphylokokkeneiterung einstellte mit überraschender Besserung d... Paralyse, sei der Erfolg auf Rechnung der Staphylokokken und nicht des Salvars... zu setzen.

An die Mitteilung, daß Salvarsan in zwei von fünf Fällen von Erbsy... vollkommen versagte, knüpft *Hochsinger* (75) Bemerkungen über die Erfolge ... Jod-Quecksilber an seinem reichen Material (40% Dauerheilungen) und die B... ziehungen der so behandelten Erbsyphilis zu späteren Erkrankungen des Zentra... nervensystems. Von 208 länger als 4 Jahre beobachteten Säuglingen wurden ... später nervenkrank, 34 hatten schwere Kopfschmerzen, 2 Herderkrankungen, 6 Epilepsie, 3 Tabes, 2 Paralyse, 6 Migräne mit Pupillenstarre, 10 waren imb... An Rezidiven in der Säuglingsperiode kamen Rindenenzephalitis, Meningitis ... 15mal Hydrozephalus vor, von denen 4 später unter dem Bilde der zereb... Kinderlähmung erkrankten. Indessen traten die schweren Erkrankungen ... Zentralnervensystems nur bei nicht lange und ausgibig genug behandelten Kin... auf. Im ganzen hatten 131 von den 208 Säuglingen Rezidive, und zwar mei... nach dem ersten Vierteljahr ihres Lebens behandelten, 85 der Rezidive fiel... das erste Lebensjahr. Bemerkenswert ist auch das häufige Vorkommen ner... Erkrankungen, u. a. Moral insanity bei luesfrei gebliebenen Deszendenten.

Assmann (5) berichtet über den Erfolg der Salvarsanbehandlung bei ... pienter Paralyse, Tabes und Lues cerobrospinalis. Bei der ersteren blieb ... im Blut und Liquor unbeeinflußt, Paralyse wurde klinisch nicht, Tabes in einz... Symptomen gebessert, bei Lues cerebrosp. war günstige Wirkung, auch im Li... befund, deutlich. Drei Fällen von Neurorezidiv nach Salvarsan lag Menin... luetica zugrunde. Zwei Fälle von isolierter Pupillenstarre, von denen einer ... malen, einer positiven Liquor hatte, blieben bisher, 2—3 Jahre, ohne w... nervöse Störungen.

Treupel und *Levi* (153) und *Treupel* (154) teilen ihre während eines J... mit Salvarsan gemachten Erfahrungen mit unter besonderer Berücksich... der angewandten Methoden und ihrer Nebenwirkungen. Subkutane und i... muskuläre Injektionen seien nur ausnahmsweise zu empfehlen, intravenöse ... zwar mehrmalig, bieten die meisten Aussichten auf Dauererfolg und Sterilis... des Organismus, sie seien aber bei Herz- und Gefäßkrankheiten gefährlich. ... refraktärsten Fällen empfehle sich Kombination mit Hg.-Kur. Bei metaluetis... Erkrankungen sei die Anwendung erlaubt, sie schaffe durch die roborierende Wi... des Arsens subjektive Besserung, wenn auch keine dauerhafte.

Freidberg (49) berichtet über 40 behandelte Fälle, die Therapia magna steri-
ıns werde durch Salvarsan nicht erreicht, wohl aber mit chronisch-intermittierender
handlung, event. mit Zuhilfenahme von Hg. Luetische Herzkrankheiten bilden
ne Kontraindikation. Dem. paralytica blieb unbeeinflußt.

Jörgensen (88) veröffentlicht einen Fall von Paralyse, in dem nach intra-
.skulärer Injektion von 0,5 Salvarsan der Tod an Arsenvergiftung eintrat, ob-
ich die Sektion einen beträchtlichen Teil des Mittels im Injektionsort unre-
biert nachwies.

Emanuel (36) stellt fest, daß die in der Regel positive W-M-Reaktion des
ninchenserums durch intravenöse Salvarsaninjektion vorübergehend negativ
nacht werden kann, was den Schluß erlaubt, daß diese WM-Reaktion von der
s syphilitischen oder metasyphilitischen Menschenserums grundsätzlich nicht
schieden sei und daß ihr Verschwinden beim Menschen durch Salvarsan nicht
ne weiteres als therapeutischer Effekt anzusehen sei.

Nikitin (117) berichtet über seine Erfahrungen über die Wirkung von Sal-
rsan bei syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen des Zentralnerven-
stems. Er kommt dabei zu folgenden Schlüssen: Bei syphilitischen Affektionen
s Zentralnervensystems, die innerhalb des ersten Jahres nach der Infektion
tstanden sind und erst relativ kurze Zeit bestehen, übt das Salvarsan eine günstige
irkung aus, die sich nicht allein in einer Besserung des subjektiven Befindens,
ıdern auch in verschiedenen objektiven Symptomen äußert. Der Umfang der
sserung war nicht besonders groß. Dagegen ist der Verf. geneigt, die subjek-
en Besserungen, die er bei den meisten Tabetikern mit Salvarsan erzielt hat,
m psychotherapeutischen Einfluß der Injektionen zuzuschreiben.

(*Fleischmann*-Kiew.)

Im Falle von *Oberholzer* (119) handelte es sich um ein etwa fünf Monate
ch intramuskulärer Salvarsaninjektion mit nachfolgender Schmierkur aufge-
tenes rein syphilitisches Rezidiv (Zerebrospinalminingitis mit Affizierung des
I.—XII. Nerven und der Wurzeln des unteren Dorsalmarkes).

Trömner und *Delbanco* (155) erörtern die Frage der Neurorezidive nach Sal-
rsan. *Trömner* vertritt die Anschauung, daß das Salvarsan mehrere Gruppen
rschieden zu deutender Wirkungen entfalten kann, unmittelbar toxische (auch
i Nichtsyphilitischen) und mittelbar spezifische, die in frühe entzündlich-reaktive
orgänge und in etwa zwei Monate später auftretende Neuaktivierung syphilitischer
ozesse zu trennen sind. Die Bevorzugung der zerebralen oder seltener peripheren
erven beruhe zum Teil auf einer Neuroaffinität des Mittels, und direkte neuro-
xische Wirkungen seien nur in einzelnen malignen Fällen anzunehmen. *Delbanco*
igt mehr der *Finger*schen Auffassung zu mit der Modifikation, daß der vom
ılvarsan primär toxisch geschädigte Nerv den Locus minoris resistentiae für das
ezidiv darstellt. Entscheidend für die Frage ist, ob die WM-Reaktion die An-
esenheit von Spirochäten im Organismus anzeigt, oder, wie für *Delbanco*, nur
sagt, daß er mit dem syphilitischen Gift in Berührung gewesen ist.

Benario (12) stellt in seinem Buche, das der Verteidigung der *Ehrlich*schen
uffassung der Neurorezidive gewidmet ist, die Rezidive nach Salvarsan denen

nach Quecksilber gegenüber und faßt in Schlußsätzen die Beweise gegen die to[illegible] Natur der Rezidive zusammen.

In einer scharfen Entgegnung zerpflückt *Finger* (42) die Beweisfü[illegible] *Benarios*. Er schließt damit, daß das gehäufte und frühzeitige Auftreten von L[illegible] cerebri bei mit Salvarsan behandelten Kranken ein Novum in der Patholog[illegible] Syphilis ist, das unbedingt mit dem Salvarsan zusammenhängt.

Williams (165) plädiert für die Behandlung auch der spätsyphili[illegible] Erkrankungen mit Quecksilberinjektionen, insbesondere Kalomel, die ab[illegible] Serien von 20—30 mit anfangs zweiwöchiger Pause, später viermal im Jahr [illegible] geben werden sollen.

b) Präsenile und senile Psychosen.

Schob (134) schildert einen Fall arteriosklerotischer Rindenerkrankung, [illegible] sich bei einem 26jähr. Arbeiter aus einem kurzen Prodromalstadium zu [illegible] paralyseähnlichen Krankheitsbilde entwickelte und nach 15jähriger Dauer [illegible] Tode führte. Entsprach schon im klinischen Bilde manches nicht einer Paral[illegible] so ergab die Sektion keinen paralytischen Befund, sondern annähernd symme[illegible] über beide Hemisphären verteilte Atrophie zahlreicher Groß- und Klein[illegible] windungen und ausgedehnte Arteriosklerose der großen Gefäße, namentlich [illegible] Piaarterien. Mikroskopisch fanden sich viel keilförmige, von gliösem Na[illegible] gewebe umgebene Zysten, gliöse Narbenzüge, von der Randschicht nach der T[illegible] ziehend, und kleine Verödungsherde. Der Befund erinnerte stark an état vern[illegible] wenn er ihn nicht ganz erreicht hat, so ist dies wahrscheinlich in der Widerstar[illegible] fähigkeit des noch jugendlichen Gehirns zu suchen. Jedenfalls handelt es [illegible] bei dem Befunde um das Endprodukt arteriosklerotischer Erweichungs- und V[illegible] ödungsherde. Die Gefäßveränderungen waren im allgemeinen die gewöhnli[illegible] arteriosklerotischen, vielfach aber von denen der luetischen Endarteriitis nic[illegible] unterscheiden. Wegen der ungewöhnlichen Hyalinisierung der Adventitia und [illegible] Fehlens aller syphilitischen Anzeichen möchte *Sch.* Lues in diesem F[illegible] ausschließen und ihn als ein seltenes Verkommnis früher arteriosklerotis[illegible] Demenz auffassen, demnach als einen Beweis, daß arteriosklerotische und se[illegible] Geistesstörung nicht identisch sind.

In seiner „Klinik der arteriosklerotischen Geistesstörungen" führt *Pilc*[illegible] dem praktischen Arzte alles Wissenswerte darüber mit reicher eigener Erfahr[illegible] vor.

Herz (74) sieht in der Arteriosklerose eine Abnutzungskrankheit und i[illegible] zerebralen die Folge einer übermäßigen Betonung des Pflichtbewußtseins. [illegible] Therapie muß deshalb in erster Linie eine psychische sein. Interessant ist zu hör[illegible] daß 10% aller Wiener Ärzte von der Sorge um ihre Blutgefäße zu ihm getrie[illegible] wurden, woraus zu berechnen ist, daß mindestens die Hälfte aller Ärzte ih[illegible] Gefäßsystem hypochondrisch mißtraut.

Spielmeyer (145) legt in seinem kritischen Referat die Alterserkrankun[illegible] des Zentralnervensystems nach dem Stande der neueren Forschung und [illegible] eigenen Beobachtungen dar. Im Vordergrunde des histologischen Befundes ste[illegible]



ie *Redlich-Fischer*schen Plaques und die Fibrillenveränderung *Alzheimers* in den anglienzellen. Während aber jene nie zu fehlen scheinen, findet sich diese nur einem Teil der Fälle. Man muß die Plaques, die wahrscheinlich ein Stoffwechsel-rodukt von kristallinischer Art sind, als eine Begleiterscheinung der senilen In-olution auffassen, welche sich klinisch als senile Demenz äußert, wenn sie be-onders intensiv und rasch verläuft. Der Fibrillenveränderung scheint dagegen ne spezifische Bedeutung für die senile Demenz und einiger ihr verwandten Pro-esse zuzukommen. Gegenüber diesen beiden Befunden treten die Veränderungen n den Ganglienzellen, den Markscheiden und der Glia an pathognomonischer Be-eutung zurück, alle Veränderungen aber haben Prädilektionsstellen ähnlich der 'aralyse, die bei ungewöhnlicher Lokalisierung zur Grundlage atypischer seniler)emenz führen kann, vielleicht aber auch von lokal stärkerer Atherose bedingt ist.)ie auf Atherosklerose beruhende Hirnerkrankung ist ein prinzipiell anderer anato-ischer Prozeß als die senile Demenz, richtet sich diese nach gewissen Anordnungen er Rinde, so befällt die Atherose aus unbekannten Gründen bald dieses, bald jenes efäßgebiet. Ihre wichtigsten Folgen sind die senile Rindenverödung, die also besser ls atherosklerotische Rindenverödung zu bezeichnen ist, und die mehr diffusen 'eränderungen, die sich in Ganglienzellenerkrankung, Gliawucherung um die iefäße, mehr fibrotische als arteriosklerotische Gefäßerkrankung und das Vor-ommen amöboider Gliazellen meist an gequollenen Marksfasern kundgeben. Iit den Frühformen der Atherosklerose wäre die „*Alzheimer*sche Krankheit" in 'arallele zu stellen. Neben mannigfachen Übergangs- und Kombinationsformen ommen auch andere zentrale Prozesse im Senium vor. *Sp.* beschreibt zwei Formen, eren eine sich durch massige Gliawucherung in bestimmten Rindenpartien charak-erisierte, während der zweiten mit *Korsakoff*- und Herderscheinungen vorhandenen nehr diffuse Schrumpfung der Rindenzellen und gewisser Kernabschnitte in den iefferen Teilen des Gehirns und auch des Rückenmarks zugrunde lag. Die Histo-athologie der Paralysis agitans läßt bisher nur soviel erkennen, daß hier Abbau-organge eine Rolle spielen, die denen des amöboiden Typus nahestehen. Auch venn die Theorie der innersekretorischen Ursachen richtig ist, bleibt doch die Aufgabe, die durch sie bedingten zentralen Veränderungen festzustellen.

Einen Versuch zur weiteren Abgrenzung präseniler Psychosen liefert *Ziveri* 177) mit der Schilderung des Falles einer 57jähr. Frau, bei der toxische, urämische ellagröse und arteriosklerotische und manisch-depressive Form auszuschließen var und wo die beschriebenen histologischen Veränderungen im allgemeinen denen bei seniler Demenz entsprechen, ohne einem bestimmten Typus anzugehören.

G. E. Schröder (137) weist am Befunde bei zwei nicht dementen alten Leuten (78 und 85 Jahre), die sehr zahlreiche über die ganze Rinde verstreute Plaques aufwiesen, nach, daß diese das anatomische Substrat der presbyophrenen Demenz nicht bilden können.

Betts (19) stellte das Vorkommen von Plaques in einer Reihe von alten Geistes-kranken verschiedenster Form und Dauer ihrer Psychose fest und vermißte sie in einer anderen Reihe. Allerdings war in allen positiven Fällen Demenz und Atherose vorhanden, aber auch in einigen negativen.

Nach *Fullers* (51) Untersuchungen an 93 Fällen kommen die Plaques häufiger bei alten Dementen vor als bei alten Gesunden, fehlen aber auch in Fäl- seniler Demenz und finden sich ausnahmsweise schon bei jüngeren. Sie sind nicht charakteristisch für eine bestimmte Form von Psychose. Mit Arterio- waren sie in 62% der positiven Fälle verbunden, doch war auch in negativen Atherose vorhanden. Wo sich die stärksten pathologischen Veränderungen fan- waren auch die Plaques am häufigsten, das gilt auch für die Hirnteile, von der Frontal- und Hippokampalregion am meisten befallen waren. Im allgemei- scheinen die Fälle ohne Plaques der arteriosklerotischen Demenz, Fälle Plaques der senilen Involution anzugehören.

Schnitzler (132) knüpft an die Mitteilung eines Falles von apathischer De- bei einer 36jähr. Frau mit verwaschenen und teils passageren Herdsympto- Bemerkungen über die Abgrenzung der *Alzheimer*schen Krankheit. So sehr Fall nosologisch mit den beschriebenen Fällen zusammengehört, so untersch- ihn doch davon das Fehlen von Drusen, von Arteriosklerose, von manchen se- Zügen, in erster Linie das Erkrankungsalter von 31 Jahren. Andererseits ste- ihn, wenn auch spärliche, Plasmazellen in der Nähe der Paralyse, die indessen histologische Befund im übrigen und auch negativer WM ausschloß, und bestimmten Symptomen war ein primärer thyreogener Komplex außer Zw- Es handelt sich also um einen Fall von künstlichem Senium, der unter den Be- der *Alzheimer*schen Krankheit fällt, wenn man die Hauptsache des Atypisch- dieser Gruppe in dem Nichtvorhandensein eines natürlichen, in engerem senilen Zustandes erblickt, für die atypischen tatsächlich senilen oder hinre- präsenilen Fälle ist die Bezeichnung nicht wünschenswert.

Lafora (104) berichtet den Fall eines im 62. Jahre gestorbenen dem 58. Jahre kranken Mannes, in dem klinsich und histologisch alle Merk- der *Alzheimer*schen Krankheit nachgewiesen werden.

Halberstadt und *Arsimoles* (63) erörtern die mit Diabetes einhergehen- senilen und präsenilen Zustände. Sie unterscheiden drei Gruppen: 1. die Fä- reiner Koinzidenz von Diabetes und Psychose, 2. die Psychosen autointoxisch- Ursprungs infolge von Diabetes und 3. die eigentlichen als Diabetespsych- geltenden, die aber nach ihrer Ansicht die Bezeichnung nicht verdienen, weil Folge von Arteriosklerose und Seneszenz sind, denen Diabetes neben and- Momenten zugrunde liegt.

Die Dissertation von *Rogge* (128) behandelt einen Fall, in dem nach a- plektischem Insult bei einem arteriosklerotischen Trinker vorübergehender V- wirrtheitszustand auftrat, von dem dauernde sensorische Aphasie und arterio- tische Neurasthenie zurückblieb.

Dausend (31) schildert einen Fall von eigenartigen Störungen im Sprachl- und Optisch-Räumlichen im Sinne einer Zügellosigkeit und Unbeeinflußbar- der betreffenden Hirngegenden. Der Fall betraf einen 76jährigen, mit st- Arteriosklerose und zahlreichen kleinen Erweichungsherden in Rinde und M- beider Hemisphären.

Hamiltons (66) Arbeit beschäftigt sich mit den senilen spinalen Veränderu-



ei verschiedenen Formen geistiger Störung, im Todesalter von 71 bis 94 Jahren. Das Material bilden 54 Fälle, in denen gröbere Gehirnerkrankungen, Epilepsie u. a. auszuschließen waren. Namentlich in Fällen, in denen unsicherer Gang, Muskelschwäche, Störung der tiefen und oberflächlichen Reflexe, Tremor und sensible Störungen bestanden hatten, erinnerte der Befund im Rückenmark an den bei perniziöser Anämie und Seiten-, auch Hinterstränge und hintere Wurzeln waren Sitz der stärksten Veränderungen. Corpora amylacea fanden sich am häufigsten neben den Hinterhörnern und in der Nachbarschaft der Substantia gelatinosa, Gefäßerkrankungen waren weniger sichtbar, als zu erwarten war, schon aus diesem Grunde ist der Befund an Zellen und Fasern nicht auf Arteriosklerose zu beziehen.

Hamel (65) begründet etwas umständlich an der Hand von vier Krankheitsgeschichten, daß Presbyophrenie und senile Demenz sich klinisch nur graduell voneinander unterscheiden. Ätiologisch kommen für beide die gleichen Ursachen in Betracht: Arteriosklerose und senile Involution, bei beiden besteht der gleiche Komplex: Verworrenheit mit Zutritt oder Steigerung von Gedächtnisschwäche, Unorientiertheit, Confabulation und falsche Erinnerungsbilder. Die polyneuritische Amnesie unterscheidet sich von der presbyophrenischen durch Fehlen oder Heilbarkeit histologischer Veränderungen. Presbyophrenie kann als vorübergehendes Syndrom im Verlauf einfacher seniler Demenz auftreten.

Mit Chorea senilis beschäftigt sich ein klinischer Vortrag *Eichhorsts* (34). Bei einem 80jährigen Mann hatte sich nach Gemütsbewegungen und einem mehrwöchigen Prodromalstadium von Kopfschmerz, Schwindel und brennenden Empfindungen im rechten Bein und Arm rechtsseitige Chorea in schwerer Form entwickelt ohne besondere somatische oder zentrale Störungen. Einige Wochen nach ihrem Beginne erfolgte der Tod. Die sogen. Choreakörperchen, eine Bezeichnung, die als unberechtigt besser durch Kolloidkörperchen zu ersetzen ist, fanden sich nicht, überhaupt auch mikroskopisch nichts, was als der Chorea eigentümlich anzusehen wäre. Anwesenheit von Bakterien ergab sich ebenfalls nicht. *E.* macht auf die ätiologische Bedeutung von Gemütsaufregung, auf die schlechte Prognose, die Beteiligung der Psyche in den meisten Fällen und die Bevorzugung der linken Körperhälfte aufmerksam. Wesensverschiedenheit der juvenilen und der senilen Chorea möchte er verneinen.

Patschke (123) empfiehlt Tiodineinjektionen bei zerebraler Arteriosklerose, besonders wo interne Jodtherapie versagte.

Alzheimer (1) erweitert seine Untersuchungen nach der Richtung, ob die Fälle noch charakteristische Merkmale in klinischer und histologischer Beziehung aufweisen, die sie von der senilen Demenz unterscheiden, mit Bericht über den Fall eines 54jährigen Mannes, in dem sich langsam tiefe Verblödung mit agnostischen, aphasischen und apraktischen Störungen einstellte. Die Fibrillenentartung der Ganglienzellen fand sich in diesem Falle nicht, aber starke Anhäufung lipoider Stoffe in den Ganglienzellen, den Gliazellen und den Zellen der Gefäßwände und zahlreiche faserbildende Gliazellen im ganzen Zentralnervensystem, Veränderungen, die auch hier unter dem Durchschnitt der bei Dementia senilis gefundenen hinaus-



gehen und sich durch stärkere Lokalisation in beiden Scheitel- und Schläfen-
auszeichneten, während sonst das Stirnhirn bevorzugt zu sein pflegt. In den Py-
midenseitensträngen ließ sich Untergang von Markscheiden nachweisen. S
zahlreich und zum Teil von ganz ungewöhnlicher Größe fanden sich die F
schen Plaques. Sie werden eingehend beschrieben und ihre Bedeutung bespr.
Abweichend von dem sonst gesehenen Bilde war, daß der Kern der Druse
lipoiden Körnchen besetzt war, die sich mit Scharlach färbten und mit der
schowsky-Methode schwärzten, der Kern erinnert mit ihr in seiner Struktur
drusige feine Kristallnadeln. Der Hof der Druse zeigt mit der *Mann*schen Fä
allerlei amorphe ineinandergefügte Schollen und Brocken und einen sehr k
zierten Bau, in dem gliöse Bildungen wie Körnchenzellen, Gliafäserchen und
bildungen des Protaplasmas anderer Gliazellen nicht für die Annahme F
sprechen, daß ein Zusammenhang zwischen Drusen und Neuroglia nicht best.
Ist der Kern der Druse offenbar durch Ablagerung eines pathologischen A
weichungsprodukts gebildet, so ist der Hof Sitz von Veränderungen, die als R
tionserscheinungen zu deuten sind. Die Drusen sind nicht als die Ursach
senilen Demenz anzusehen, sondern nur als eine Begleiterscheinung der sen
Involution, mit Hilfe der senilen Plaques ist noch sicherer bewiesen, daß Ar
sklerose des Gehirns und senile Demenz prinzipiell verschiedene Krankheitspro
sind. Anders verhält es sich bei einer Gruppe seniler Erkrankung, den Fälle
umgrenzten Atrophien. Hier ist wider Erwarten weder Drusenbildung noch fi
läre Erkrankung der Ganglienzellen in den Herden gefunden, aber eigenar
Veränderungen an Ganglienzellen, die beschrieben und abgebildet werden.
diese auf Arteriosklerose oder auf Dementia senilis zu beziehen sind, bleibt un
schieden.

c) Psychosen bei Herderkrankungen.

Der Aufgabe, ein als kompliziert verrufenes Gebiet möglichst einfach
übersichtlich darzustellen, hat das Kompendium der topischen Hirn- und Rück
marksdiagnostik von *Bing* (20) in so vortrefflicher Weise entsprochen, da
schon jetzt in zweiter Auflage erschienen ist, in der die wichtigen neueren Arb
und manche eigenen Erfahrungen Aufnahme gefunden haben.

Cole (30) findet aus dem Vergleich mit niederen und höheren Affen, da
Präfrontalregion des Menschen auf Grundlinien entwickelt ist, die schon in nie
Affen festgelegt sind, sie ist also nicht so jung wie die untere Frontalregion
ihre Bevorzugung durch atrophierende Prozesse in Fällen von Verblödung
sich nicht ohne weiteres im *Jackson*schen Sinne erklären, daß die entwickl
geschichtlich jüngsten Hirnteile auch zuerst der Rückbildung unterliegen.

Die Beschreibung eines Anenzephalen ohne Amyelie von *D'Hollander*
eignet sich nicht zur auszüglichen Wiedergabe, ebenso die Arbeit von *Cole*
über den äußeren Habitus eines Mikrozephalengehirns, dessen Ähnlichkeit
dem Gehirn des Gorillas bzw. mit den niederen Affen beschrieben und durch
bildungen erläutert wird. Das Gehirn gehörte einer 49jährigen, geistig sehr
stehenden Idiotin an und wog 888 g.

In einem klinisch besprochenen Fall lieferte die Autopsie die Bestätigung er von *Redlich* und *Bonvicini* (127) vertretenen Ansicht, daß es sich um totale Blindheit aus einer Summation einer linksseitigen und rechtsseitigen Hemianopsie andelt, wobei das makuläre Feld nicht freigeblieben war. Es fand sich allgemeine trophie des Gehirns (1080 g), Thrombose beider Art. cer. post. und Erweichung eider Hinterhauptslappen in ihren medialen und basalen Teilen. Der Fall bestätigt uch die Behauptung *v. Monakows*, daß es an der medialen Hinterhauptrinde eine reine Rindenerweichung nicht geben kann, denn die Erweichung unterbrach die darunter iegende Markfaserung bis zum Ventrikel und griff auf die lateral vom Hinterhorn elegene Markfaserung des Okzipitallappens über nebst Corp. genicul. ext. Ist damit die totale Blindheit erklärt, so ist die Erscheinung der fehlenden Wahrnehmung der eigenen Blindheit in der allgemeinen und hochgradigen Störung ler Hirntätigkeit, wie er aus dem anatomischen Befunde hervorgeht, begründet. Die Kombination des Versuches optischer Wahrnehmungen mit relativ gut erhaltenem optischen Gedächtnis in diesem Falle kann in Verbindung mit der Inaktheit der konvexen Anteile des Hinterhauptlappens für die Annahme *Wilbrandts* von der getrennten Lokalisation beider sprechen, läßt sich aber auch ohne diese Annahme damit erklären, daß der intakte Rindenabschnitt durch die Trennung der Projektionsfasern außer Kurs gesetzt ist, aber noch assoziativer Funktion dient. Die Verf. fügen noch einen zweiten ganz ähnlichen Fall hinzu, in dem aber das optische Gedächtnis schwer geschädigt ist und lediglich durch Konfabulation ersetzt wird. Gewisse erhaltene Reaktionen auf Lichtreize legen den Vergleich mit dem Verhalten des großhirnlosen Hundes gegenüber Lichtreizen in den Versuchen von *Goltz* u. a. nahe.

Jentsch (86) stellt die neueren Untersuchungen über die Beziehungen des Schädelreliefs zu den Hirnwindungen zusammen.

Dem kritischen Referat über die Hypophysis läßt *Münzer* (114) das über die Zirbeldrüse folgen. Er macht mit Recht darauf aufmerksam, daß durch die innere Sekretion allein nicht alle Bestimmungen der Tätigkeit der Stoffwechseldrüsen zu erklären sind, vielmehr eine Anteilnahme des Nervensystems voraussetzen läßt, die noch gründlicher Klärung bedarf. Die Ergebnisse werden in zwölf Schlußsätzen zusammengefaßt, aus denen hervorzuheben ist, daß die Zirbeldrüse ihre bedeutungsvollste Wirksamkeit in der Kindheit entfaltet und mit einsetzender Pubertät einer deutlichen Involution unterliegt, die sich durch Zunahme der Bindegewebssubstanzen, Verminderung des Drüsengewebes und Ablagerung von Hirnsand kennzeichnet. Es kommen Zysten und Tumoren vor, die meist den Teratomen zugehören; von den durch sie bewirkten Hirnerscheinungen sind Hydrocephalus int. und Augenmuskellähmungen hervorzuheben, die Beeinträchtigung ihrer inneren Sekretion bedingt trophische und Wachstumsstörungen, und zwar anscheinend als Hyperpinealismus: zerebrale Adipositas, als Hypopinealismus: übermäßige Sexualentwicklung, als Apinealismus: allgemeine Kachexie. Erfahrungsgemäß scheint die Sekretion den Eintritt der Pubertät zu hemmen. Die Drüse steht in Korrelation mit den Keimdrüsen und der Hypophysis. Über ihre Beziehungen zu anderen Drüsen ist nichts Sicheres bekannt.



Bailey und *Jelliffe* (6) beschreiben einen Fall von Teratom der Zirbel-
von 1½ Zoll Durchmesser. Der 12jährige Knabe war zuletzt sehr schnell gew-
und fett geworden, seit einem halben Jahresbestand in rascher Entwicklung Ap-
Gang- und Blasenstörung, Abnahme der Ichfähigkeit, aber wenig Kopfsch-
und keine Augenmuskellähmung. Im September 1910 Stauungspapille, Läh-
der Rect sup. und der Obl. sup., träge reagierende, unregelmäßige Pupillen, b-
seits Herabsetzung des Hörvermögens, spastischer, ataktischer Gang, keine -
Im Oktober-November dreizeitige Trepanation mit Ventilbildung. Tod im D-
zember im Marasmus. 59 gesammelte Fälle von Tumoren der Pinealis sind -
züglich beigefügt.

Wittes (169) Fall betraf einen schwach beanlagten Mann, der mit 55 Ja-
an Symptomen eines Hypophysistumors erkrankte und ihm mit 69 Jahren er-
Die akromegalischen Veränderungen sind abgebildet. Polyurie und Zucker wa-
nicht aufgetreten, es bestand aber eine durch Sinnestäuschungen aller Sinne, -
des erloschenen Gesichtssinnes, und Wahnvorstellungen gekennzeichnete Psych-
Die Hypophyse war in einen pflaumengroßen Tumor umgewandelt (Aden-
in dem Vakuolenbildung und exzessive Vergrößerung mancher Kerne ungew-
lich war.

In *Kümmels* (96) erstem Falle hatte ein pflaumengroßes Aneurysma, -
offenbar vom Circul. Willis. ausging, die Umgebung der Hypophysis durch Dru-
atrophie ausgedehnt geschädigt und diese selbst zu einem kleinen, nur mikrosk-
als Drüsengewebe erkennbaren Rest erdrückt. Der Zustand hatte sich in d-
vier Jahren entwickelt und bitemporale Hemianopsie, später fast Erblindung -
ursacht neben anderen Tumorsymptomen. In einem zweiten Falle ohne Se-
ging bei dem 23jährigen mit altem Gesicht aber allgemein wie genital infanti-
Typus Hemichromalanopsie der Hemianopsie für Weiß vorauf, in einem dri-
14jähriges Mädchen, waren die Menses im 12. Jahre aufgetreten und mit E-
wicklung von Tumorsymptomen ausgeblieben, es hatte sich starke Adip-
eingestellt mit Zucker im Urin. Die Darreichung von Hypophysistabletten -
keinen, von Schilddrüsentabletten vorübergehenden Erfolg.

Einen extrazerebralen Hypophysistumor beschreibt *Farnell* (38). Die h-
logische Struktur des Tumors und der Sitz deuteten auf Ursprung vom bukk-
bzw. mandibularen Epithel und rechtfertigte die Bezeichnung als Adoman-
Es machte die ersten Symptome im 35. Jahre der Kranken und führte zum T-
im 43. Von den Erscheinungen, soweit sie nicht allgemeine Tumorsymptome wa-
ist der anfangs remittierende Charakter, Gehörshalluzinationen und Lähm-
des III. und VI. Nerven zu erwähnen.

Weygandt (161) demonstrierte einen Fall von Hirngeschwulst mit Stö-
des hinteren Hypophysenteils bei einer Achtzehnjährigen. Die seit zwei Ja-
entwickelten Symptome deuteten auf eine tumorartige Läsion in der Ge-
des rechten Pedunkulus mit Druckwirkung auf die Hinterwand des Türkensa-
hinteren Teil der Hypophysis und Chiasma oder Traktus. Mit Besserung -
Wiederkehr der zu Anfang ausgebliebenen Periode trat in kurzer Zeit exze-
Fettsucht auf, dies weist darauf hin, daß die funktionelle Bedeutung der Hy-



›hysenteile weit komplizierter und differenzierter ist, als man schon jetzt annehmen nuß.

Schuppius (140) hat in einem Falle von Hypophysistrumo (etwa kiebitzei-;roßes Sarkom) bei einem 30jährigen Manne Psychose vom Typus des katatonischen Erregungszustandes mit paranoiden Vorstellungen und Sinnestäuschungen beob-.chtet. Diese nicht häufige Erscheinung in Hinsicht darauf, daß stärkere Druck-virkung des Tumors jedenfalls auszuschließen war, gibt Verf. Anlaß, zur Theorie ler psychischen Erscheinungen bei Tumoren Stellung zu nehmen.

In einer vorläufigen Mitteilung äußern sich *E. Stransky* und *Löwy* (149) iber die pathologischen Befunde an Hirn- und Meningealvenen, sie reichen an lie Befunde an den Arterien bei weitem nicht heran und gehen auch nicht mit hnen parallel. Die Elastika, die in der Kindheit sich durch große Zartheit aus-zeichnet, nimmt im mittleren Alter zu und scheint sich im vorgerückten Alter fortschreitend zu reduzieren, bei Paralyse und besonders in einem Falle von eitriger Meningitis fand sich Degeneration in den Endothelzellen.

R. Weber (160) teilt in einer Anzahl von fortlaufenden Aufsätzen aus den Jahren 1904—11 vierzehn Fälle von Hirntumoren mit, an die er Untersuchungen über den Einfluß der Neubildungen auf das Hirngewebe und Bemerkungen über manche Punkte der Kontroverse knüpft. Die Fülle des Stoffes macht ihn zum Referat nicht geeignet.

Von der berufenen Feder *Hennebergs* (72) ist der Abschnitt: Tierische Parasiten des Zentralnervensystems im Handbuch der Neurologie bearbeitet. Wir besitzen in der Arbeit eine klare Zusammenfassung und Sichtung der in zahlloser Kasuistik und Einzelaufsätzen verstreuten Ergebnisse, unter denen eigene Beobachtungen des Verf. keinen geringen Platz einnehmen. So werden der Cysticercus cellulosae, der Echinokokkus, der Paragonismus Westermanni und das Schistosomum japonicum abgehandelt und durch eine Anzahl von Abbildungen erläutert.

Salzers (130) Schriftchen, das einen Anhang zu *Weygandts* Atlas der Psychiatrie, II. Auflage, bilden soll, enthält mit erläuterndem Text instruktive farbige Abbildungen des Augenhintergrundes, Tafel I illustriert die große Variabilität des normalen ophthalmoskopischen Bildes, Tafel II die pathologischen und zweifelhaften Befunde, die für den Psychiater von Interesse sind.

Mingazzini (110) stellt sich in seiner gründlichen und umfangreichen Arbeit die Aufgaben, die Symptomatologie und die Pathogenese der Kleinhirnerkrankungen aus den bisherigen Veröffentlichungen zusammenzustellen. Das Material ist eingeteilt in 1. Erweichungen und Blutungen, 2. Tumoren verschiedener Art: a) Kleinhirntumoren in sensu strictiori, b) Tumoren des Kleinhirnbrückenwinkels, 3. Abszesse, 4. Atrophien und Agenesien, a) einseitige primäre, b) doppelseitige, c) assoziierte Atrophien des Kleinhirns und des Rückenmarks, d) assoziierte Atrophien des Groß- und Kleinhirns und des Rückenmarkes. Den einzelnen Abschnitten ist ein Literaturverzeichnis beigefügt.

Fiore (43) behandelt an 14 Fällen die Symptomatologie der Kleinhirntumoren bei Kindern und die Meningitissymptome im Endstadium des zerebellaren Tuberkels.



Woskressenski (170): Bei einem im deliranten Zustande ohne An[illegible] aufgenommenen und nach einer Woche verstorbenen 42jährigen Bauer [illegible] Sektion zwei Gruppen von Veränderungen nach, eine Entwicklungsstör[illegible] die Asymmetrie der beiden Hälften des Zentralnervensystems, am stärks[illegible] Kleinhirn und Lendenmark, zurückzuführen war, nebst Mißbildung des Klein[illegible] das aus drei völlig getrennten Stücken bestand, und Mikrogyrie der linken [illegible] hirnhemisphäre. Als zweite Gruppe eine chronische Erkrankung des ganzen [illegible] tralnervensystems, die im ganzen der Paralyse entsprach, aber doch keine [illegible] Unterscheidung zwischen syphilitischer oder metaluetischer Erkrankung gest[illegible] Auf Lues — wahrscheinlich hereditäre — wiesen gummöse Narben an den [illegible] hin. Jedenfalls hat sich der spätere spezifische Prozeß vorzugsweise an den [illegible] tien des Zentralnervensystems etabliert, die im fötalen Leben durch die here[illegible] Lues in ihrer Entwicklung geschädigt waren. Ob die letzteren so weit ausgegl[illegible] waren, daß sie keine deutlichen Erscheinungen gemacht haben, ist bei dem [illegible] an Nachrichten nicht zu beantworten, wirklich ataktische Störungen waren [illegible] der Aufnahme noch nicht vorhanden, so braucht die abnorme Kleinheit des [illegible] hirnes nicht notwendig zur hereditären zerebellaren Ataxie zu führen.

Willige und *Landsbergen* (167) empfehlen eine Methode, mit der Kan[illegible] Punktionsnadel durch vorsichtiges Aspirieren einen Zylinder von Gehirnsub[illegible] zu entnehmen, der somit die histologische Untersuchung am Lebenden ge[illegible] Zwei Fälle sind vorläufig mitgeteilt, in denen die Diagnose auf diese Weise g[illegible]

Anton (2) schildert vier Fälle von Tumoren des IV. Ventrikels als Grund[illegible] für einen Vorschlag für die Behandlung. Aus der Erfahrung eines der Fälle [illegible] daß bei Kleinhirnpunktionen die sehr variable Lage des Sinus transversus [illegible] Röntgenaufnahme festzustellen ist. Sie hat auch in einem (5.) Falle von Ag[illegible] des Kleinhirnes die klinische Diagnose dieses Befundes instruktiv ergänzt. [illegible] Vorschläge faßt *A.* dahin zusammen: 1. den Druck auf die Organe der hint[illegible] Schädelhöhle und im IV. Ventrikel durch Balkenstich oder durch Ventrikelpun[illegible] zu entlasten, 2. durch das Verfahren des Balkenstiches auch den III. Ven[illegible] zu punktieren, zu dessen Erweiterung Verlegung des IV. Ventrikels führen [illegible] 3. die Gegend des IV. Ventrikels freizulegen und durch das Foramen Mage[illegible] aber auch vom Oberwurm des Kleinhirns aus in den Ventrikel vorzudring[illegible] 4. vor jeder Kleinhirnpunktion ein Röntgenbild im Profil anzulegen, das über [illegible] Lage des Sinus transversus aufklärt, Agenesie oder Atrophie des Kleinhirns [illegible] die kompensatorische Verdickung der Schädelknochen nachweist und durch Dü[illegible] heit der Knochen Anhaltspunkte für die Annahme einer relativen Hypertr[illegible] des Großhirns gewinnen läßt.

Anton und *v. Bramann* (4) berichten über Methode und Resultate des Bal[illegible] stiches in 50 Fällen von Tumoren verschiedenen Sitzes, Hydrozephalus mit [illegible] ohne Stauungspapille, Epilepsie, luetische Meningitis, Zystizerken und T[illegible] schädel und fassen die Indikationen der Operation in Schlußsätzen zusam[illegible]

v. Eiselsberg (35) desgleichen über das Operationsergebnis in 100 Fällen [illegible] Hirntumoren. Von 13 Hypophysistumoren wurde bei 9 gutes Resultat er[illegible] 4 starben durch die Operation. Werden 10 Fälle von einfacher Ventilank[illegible]



usgeschieden, so bleiben 77 Operierte, von denen 32 durch die Operation starben, 6 in weiterem Verlaufe, das Schicksal von 4 ist unbekannt, das mehr oder minder ute Dauerresultat betraf 12 Fälle von entfernten Großhirntumoren, 8 mit Auflappung ohne Tumorentfernung, 4 Akustikustumoren und 1 Kleinhirntumor. ür den hohen Prozentsatz der Mortalität ist anzurechnen, daß hier alle Fälle ufgeführt sind, während Mißerfolge sonst nicht immer publiziert werden. Zum chluß gibt *v. E.* Beschreibung der Technik und Vorschläge für die Ausführung.

Bonhoeffer (22) erläutert an drei Fällen von Tumoren des IV. Ventrikels, vie diese symptomatisch unter sich wesentlich gleichen Fälle von der „Lehrbuchsymptomatologie“ abwichen. Hinterkopfschmerzen bestanden in allen nicht, in weien Stirnkopfschmerzen, in einem Schmerzen in der Schläfe, das für charakteistisch gehaltene Vornübertragen des Kopfes bestand nur in einem Falle, im dritten vielmehr Neigung des Kopfes nach hinten. Stauungspapille trat früher oder später n allen Fällen auf, ihr Fehlen kann demnach nicht für die Lokalisation des Tumors n den IV. Ventrikel verwertet werden. Auch halbseitige Symptome, wie einseitige Herabsetzung des Kornealreflexes, dürfen nur vorsichtig lokalisatorisch benutzt werden, weil ein anscheinend gleichmäßiger Druck die einzelnen Hirnteile sehr verschieden stark alterieren kann. Pastöswerden des Gesichtes in einem Falle, das *Goldstein* auf hypophysären Einfluß zurückführt, bestand in einem Falle, in dem sich die Hypophyse stark platt gedrückt erwies. Zwei Fälle von idiopathischem Hydrozephalus zeigten mit den vorigen viel Übereinstimmung. Die plötzliche Erblindung in beiden Fällen ist von praktischem Interesse für die Behandlung. Eine der Kranken zeigte das *Bruns*sche Symptom des Schwindels bei Kopfschmerzen angedeutet, das in den Fällen von Tumor gerade fehlte. Bei dieser Pat. war auch starke Gewichtszunahme aufgetreten und erklärbar durch die nach dem Tode beobachtete Vorwölbung des Infundibulums in Kirschgröße. Die Erfolge der Ventrikelpunktion in diesen Fällen schildert *B.* als nicht günstig, er möchte sie auf die Diagnostik unklarer Fälle beschränken. In einem Nachtrag führt *B.* einen Fall von Hydrocephalus idiopathicus auf, der nach seinen Symptomen einen Tumor im Kleinhirn oder der hinteren Schädelgrube hatte vermuten lassen.

Von dem groß angelegten Werke von *Krause* (95), Chirurgie des Gehirns und Rückenmarkes, liegt der zweite mit vorzüglichen Zeichnungen und farbigen Bildern ausgestattete Band vor. Er betrifft die chirurgische Behandlung der Epilepsie von genuinem und *Jackson*schem Typus, die Neubildungen nach ihrem Sitze, die intrakraniellen Eiterungen und die metastatischen Prozesse, die Gehirnverletzungen und die Chirurgie des Rückenmarks, so weit vollständige oder teilweise Leitungsunterbrechung infolge von Verletzungen oder Kompression den chirurgischen Eingriff indiziert. Was die hohe Bedeutung des Werkes ausmacht, ist nicht allein die Fülle eigener Beobachtungen und Kasuistik, sondern die Symptomatologie und die Beherrschung der lokalisatorischen Momente und die Objektivität, mit der sich Verf. seinen Erfolgen und Mißerfolgen gegenüberstellt. Daß im eigentlichen chirurgischen Verfahren vielfach neue Gesichtspunkte und Methoden geschaffen werden, bedarf bei der anerkannten Meisterschaft des Verf. auf dem Gebiete der Hirnchirurgie kaum der Erwähnung. Ist doch sein Ruf in der operativen Behand-



lung der Epilepsie so weit in das Publikum gedrungen, daß dem Arzte oft
die Frage vorgelegt wird, ob sich der Fall dazu eigne. Wer nicht den Ab-
über Epilepsie in dem vorliegenden Werke gelesen hat, wird die Frage nicht be-
worten können, und auch wer sich nicht mit Hirnchirurgie befaßt, wird aus
Abschnitte Anregung und Belehrung schöpfen. Das wird ihm um so leichter
als *K.* in der Darlegung des Stoffes zeigt, daß er die Sprache nicht minder
handhabt wie das Messer.

Marie Charogorodsky (27) beschreibt die Ausdehnung und den Gang
sekundären Degeneration des unteren Längsbündels in einem Falle von Erweichungs-
herd im Kuneus und der Bahnen um das Hinterhorn. Herd und rechts-
Hemianopsie waren in dem Falle von 21jährigem Bestande.

Bénon (14) fügt der Entdeckung *Tastevins* eine neue Variation hinzu
Asthenomania postapoplectica. Unseres Erachtens ist die Entdeckung nur
neuer Name für Zustände, die sich teils mit dem Erschöpfungsirresein, teils
periodischer bzw. epileptischer Verwirrtheit decken. Einige Krankheitsfälle
die Grundlage der Ausführungen.

Hoppe (79) läßt aus den mitgeteilten Fällen von Tumoren der Corp. quadrig.
des Pons, des Kleinhirnbrückenwinkels und des Kleinhirns sowie aus Fällen
Basilarmeningitis und Stirnhirntumor, die zerebellare Symptome vortäuschen
die Symptomatologie der Kleinhirntumoren als nach der Reihenfolge der
sten Symptome der Ataxie, der hemilateralen Erscheinungen, des Schwin-
der Augenmuskelstörungen, Atonie, Adiadokokinesis *Bonhoeffers*, Konvulsionen
und Kopfhaltung.

Baranys Arbeiten (7—11) behandeln in der Hauptsache die von ihm entd.
diagnostische Bedeutung des Zeigeversuchs für den Sitz zerebellarer Erkrankungen
Beim Gesunden tritt bei Reizung des Vestibularapparates Nystagmus auf
er fällt nach rechts, bei Drehung des Kopfes nach rechts oder links fällt er
wärts oder nach vorn. Dies auch bei Labyrinthkranken zu beobachtende
halten ändert sich bei zerebellarer Ataxie mit Nystagmus dahin, daß
Beziehungen des Nystagmus zur Richtung des Schwankens aufgeh.
sind. Ein Normaler mit Nystagmus nach links zeigt beim
schen Tastversuch rechts vorbei. *B.* schloß, daß wenn bei Erkrankungen
Wurms spontanes Fallen besteht, so müßte bei Erkrankungen der Hemisph.
spontanes Vorbeizeigen auftreten und wenn die Fallreaktion fehlt, so auch
Erkrankungen der Hemisphären die Reaktion des Vorbeizeigens ausfallen
So hat sich ihm bestätigt, daß in Fällen linksseitiger Hemisphärenerkrank.
die Zeigereaktion nach links am linken Arm fehlte, wenn Nystagmus nach
erzeugt wurde. In einem Falle, in dem wegen Sinusthrombose operiert war,
Pat. mit dem rechten Arme rechts vorbei, wurde das linke Ohr kalt ausgespr.
so trat Nystagmus nach rechts auf mit Vorbeizeigen des linken Armes und
Füße nach links, während der rechte Arm nur wenig schwächer nach rechts
zeigte, Ausspritzen des rechten Ohres dagegen bewirkte stärkeres Vorbei-
des rechten Armes und der anderen Extremitäten. Nach Eröffnung eines Klein-
hirnabszesses rechts ließ sich Ausfall der Zeigereaktion nach links am rechten



onstatieren. *B.* weist im weiteren nach, daß es hier zu herabgesetzter Erregarkeit des Zerebellums gekommen ist, und daß Verschiedenheit im Verhalten er Zeigereaktion durch die verschiedene Lokalisation der Extremitäten und ihrer nzelnen Gelenke im Kleinhirn zu erklären sind. Experimentell konnte er dies n einem Fall nachweisen, wo die Kleinhirndura nur von Haut bedeckt war.

Fiore (44, 45) teilt einen Fall von Tuberkel in der Regio Roland bei einem inde mit, der klinisch durch Anfälle *Jackson*scher Epilepsie diagnostiziert, wahrcheinlich durch Tuberkulin geheilt war. Das Kind blieb 17 Monate von Hirnymptomen frei, erlag dann allgemeiner Tuberkulose, und die Sektion wies an der ermuteten Stelle amorphe und bazillenfreie Reste des Tuberkels nach. Der zweite 'all betrifft die klinische Schilderung eines nach geringfügigem Schlag entstandenen bszesses im rechten Hinterhauptlappen bei einem Kinde. Es erlag 10 Tage nach ier Operation einer eitrigen Meningoenzephalitis.

Gianelli (57) beschreibt einen der nicht häufigen Fälle von Erweichungsherd n Balken und stellt aus ihm und den bisher veröffentlichten Fällen das anatomisch nd symptomatologisch Wichtige in Schlußsätzen zusammen. Eine andere Arbeit *ianellis* (58) schildert den Symptomenkomplex in einem Falle von Erweichung, ler sich auf das Tegumentum des peduncul. cerebr. beschränkte.

An dem Befunde an einem 30 Tage alt gewordener Mikrozephalen mit Agenesie ller Stirnrindenelemente und unvollkommener Anlage des Thalamus und des insenkerns verfolgt *Romagna-Manoia* (129) die Markbekleidung der Lemniskusasern und schließt aus dem Gange derselben, daß die myelinisierten Fasern ein inheitliches System von aufsteigendem Verlauf bilden und aus den *Goll*schen ınd *Burdach*schen Kernen hervorgehen.

Niessl v. Mayendorf (116) gibt seinem Buche über die aphasischen Störungen ınd ihre kortikale Lokalisation ein Vorwort, in dem er als wichtigste Aufgabe les Buches den Nachweis funktioneller Gesetzmäßigkeit der Großhirnmechanik bezeichnet, sein Glaubensbekenntnis in diesen vielumstrittenen Fragen darlegt und den vielfach recht polemischen Ton des Buches aus der Notwendigkeit der „Sichgeltendmachung des positiv Hingestellten" ableitet. Es ist aufgebaut auf dem Plane, außer der Begründung der Eigenschaften der Wortbildphänomene die Rindenörtlichkeiten, welche den Mechanismus ihrer Entstehung und Wiederbelebung enthalten, festzustellen, und zwar auf drei getrennten Wegen: 1. durch die Häufung der Prädilektionsgebiete von prägnante Symptome bietenden Herderkrankungen, 2. durch die anatomische Verfolgung der Leitungsbahnen, welche von der Peripherie zu diesen Rindengegenden führen, 3. durch die Betrachtung der Rindenstrukturen und ihrer Zusammensetzungsverhältnisse. Der Aufstellung dreier Wortbildkategorien, akustisches Wortbild (primäres einer Entwicklung nach) kinästhetisches (sekundäres) und optisches (tertiäres) Wortbild entspricht die von *N. v. M.* benutzte Terminologie ihres Erlöschens als Amnesia verbalis acustica, kinaesthetica und optica, und als dominierendes Ergebnis der Untersuchungen stellt er den Satz an die Spitze: daß die Bildungsstätten des kortikalen Wortbildes zusammenfallen mit den Rindenfeldern, in denen die zentralen Leitungsbahnen des Gehör-, Muskel- und Gesichtssinnes ihr Ende finden.



Ein Buch, das sich die Aufgabe stellt, die aphasischen Störungen unte heitlichen und vielfach neuen Gesichtspunkten zu betrachten und dies an umfänglichen Material zu begründen, kann nicht im Auszug besprochen, sie muß gelesen werden. Die Hervorhebung der präzis formulierten Schlüsse kann nur ein unvollständiges und leicht mißverstandenes Bild seiner Gedanken geben. Sieht doch Verf. in Zuständen, die als vollständige Krankheitsbilder ziert zu werden pflegen, klinische Phasen, physiologisch notwendige Begleiterscheinungen der eigentlichen Störung und Einfluß der in ihrer Bedeutung den Sprachmechanismus unterschätzten rechten Hemisphäre. Verf nennt Buch einen ersten Vorstoß mit neuen Waffen. Auch seine Gegner werden kennen, daß er sich ausgezeichnet gerüstet hat und daß sein Buch die bedeutende Erscheinung der letzten Jahre auf diesem viel bearbeiteten Felde ist.

Heilbronner (69) beleuchtet in interessanter Darstellung, welchen Gang Lokalisationsproblem unter dem Gesichtspunkt der Aphasielehre in den letzten 50 Jahren genommen hat, in der Fragestellung, ob und wieweit bestimmte Symptome oder Komplexe den Schluß auf eine Läsion bestimmter Gehirnterritorien zulassen und welche Schlüsse aus dem gesetzmäßigen Parallelgehen bestimmter Symptome mit bestimmten Schädigungen des Großhirns etwa auf die Leistung dieser Partien und von da aus auf die Funktionen des Großhirns überhaupt gezogen werden können. Hinsichtlich der ersten Frage ergibt sich, daß die grundlegenden Feststellungen *Brocas* und *Wernickes* aller Nachprüfung standgehalten haben und die Fortschritte klinischen Ausbaus der Sprachstörungen und der anatomischen Detailbetrachtung hoffen lassen, sie immer detaillierter lokalisieren zu können, die Lösung der zweiten Frage wird die Beschäftigung mit den aphasischen Erscheinungen nicht viel fördern, insofern sie wirklichen Einblick in das Verhältnis zwischen Physischem und Psychischem nicht verschaffen wird.

Mingazzini (109) weist nach, daß ein bestimmter Symptomenkomplex, Linsenkernsyndrom, bei Läsionen des Linsenkerns eintritt, und welche Funktionen den einzelnen Teilen des Linsenkerns zukommen. Die Zerstörung des Linsenkerns veranlaßt folgenden Komplex: leichte auf den Fazialis und die Glieder der anderen Seite beschränkte Parese, geringe Steigerung der Patellar-, Achilles- und oberen Reflexe derselben Seite, leichte Anisokorie und Störungen der objektiven Sensibilität und bisweilen leichte Atrophie der Extremitäten. Läsion der vier hinteren Fünftel des linken Ganglions bewirkt Dysarthrie bis Anarthrie, Läsion des Putamen, besonders des äußersten Drittels, kann auch pseudomyelitische Parästhesien der Glieder der anderen Seite bewirken.

Nach *Gutzmann* (62) fehlt es noch an einheitlicher Auffassung über die Abtrennung der kortikalen Anarthrie von der motorischen Aphasie, es kommt darauf an, die dysarthrische Komponente von der dysphasischen zu trennen und die Methoden, die Verf. bespricht und verbessert, nachzuweisen.

Zahn (175) erörtert die auf organischen zentralen Läsionen und auf funktioneller Grundlage entstehenden Artikulationsstörungen und widmet den Hauptteil seiner Arbeit dem zur letzteren Gruppe gehörenden Stammeln und Stottern. Beim Stottern handelt es sich um Störung einer bestimmten Bewegung, vergleichbar



chreibkrampf, der sich gerade nur bei der Schreibbewegung einstellt, ihre Erklärung ırch rein psychische Vorgänge reicht nicht aus, Verf. nimmt erhöhte Erregbarkeit n zentralen Nervensystem an, soweit es für die Sprache in Betracht kommt, eren Ursache angeboren oder durch Infektionskrankheiten, Kopfverletzung, emütsbewegungen, psychische Ansteckung und anderes erworben sein kann. ie Ursachen des Stotteranfalls, die in der Regel in zu hastigem Sprechen, unrichgem Atmen und in der Steigerung der normal vor schweren Wortanfängen und Vortreihen vorhandenen Spannung, „Bremsung", liegen, und ihre genaue Bebachtung geben die Richtwege für die Behandlung.

In einem von *d'Hollander* (77) mitgeteilten Falle hatte jahrelang totale phasie bestanden (die Kranke hatte außer Ja und Nein keine Worte und keinerlei Vortverständnis) und Asymbolie, die auf Herderkrankung deuteten, während lie Sektion nur allgemeine Atrophie und Hydrozephalus ergab.

Forster (47) bespricht einen Fall von isolierter Agraphie. Bei allgemeinen Tumorsymptomen bestanden rechtsseitige Hemiparese und aphasische Störungen olgenden Charakters: Sprachverständnis und Nachsprechen intakt, Spontansprechen etwas unbeholfen, Wortfindung vom optischen, akustischen und aktiven Gebot her intakt, Lesen, Musikverständnis und Singen gut. Ferner beiderseits leichte motorische Apraxie, Spontanschreiben, Diktatschreiben schlecht, Kopieren besser, Zeichnen gut, Buchstabieren, Silbennennen und Lesen in einzelnen Buchstaben leidlich gut. *F.* weist nach, daß es sich um eine transkortikale apraktische Störung handelt, ein Herd, der die zuleitenden Bahnen vom optischen Zentrum links, Eupraxiezentrum (*Liepmanns*) durchbricht und außerdem Bahnen vom Felde des sog. Wortbegriffs zu diesem Zentrum schädigt, würde den Symptomenkomplex erklären. Operation über dem Lob. parietal. entdeckte den Tumor nicht, er wird also weiter nach vorn oder, unwahrscheinlicher, nach hinten zu suchen sein. Weitere Operation wurde abgelehnt.

In *Bergers* (16) Fall einer 60jährigen, schon länger geistig abnormen Frau wurde beim Befunde nach leichtem Schlaganfall festgestellt, daß die rechte Hand leicht ataktisch war, stereognostisches Erkennen mit der rechten Hand erschwert war und folgende Schreibstörung bestand: einzelne Buchstaben des Alphabets wurden unkenntlich geschrieben oder durch andere ersetzt, Diktatschreiben lieferte noch größere Fehler, die aber von ihr richtig kritisiert wurden, ihren Namen schrieb sie stets richtig, Kopieren und Nachzeichnen war richtig, das Lesen, Sprache und Sprachverständnis war ungestört. Es fanden sich außer einem frischen Herde im linken Thalamus, welchem Insult die Frau erlegen war, zahlreiche Herde in beiden Hemisphären, aber nirgends in der Rinde. Da die Frau Rechtshänderin war, kommen diese Herde in der linken Hemisphäre für die Annahme von Faserunterbrechungen zwischen Sehsphäre und dem Zentrum für die feineren Bewegungen der rechten Hand in Betracht und der Fall lehrt jedenfalls, daß es durch Faserunterbrechungen auch bei völlig intakten Rindenzentren zu Schreibstörungen kommen kann.

In einem Falle *von Stauffenbergs* (146) lag einer 3 Jahre unveränderten doppelseitigen motorischen Apraxie ohne Agnosie und ohne Intelligenzstörung, mit leichter



sensorischer Aphasie, totaler Agraphie und Alexie ein Erweichungsherd zugr.. der Mark und Rinde des ganzen linken Gyr. supramarginal. zerstört hatte. .. andere kleinere Herde kommen für den Symptomenkomplex nicht in Betr.. Verf. schließt aus diesem und den Fällen der Literatur, daß Läsionen des Ma.. des Gyr. supramarg., die groß genug sind, die motorische Zone von den hin.. Sinnesfeldern abzuschneiden, das dem Handeln dienende System an einer .. scheidenden Stelle treffen. Die Alexie ohne Aphasie läßt sich dadurch erklä.. daß der Herd die Verbindung an den optischen Sprachzentren zu den motori.. völlig unterbrochen und das motorische Wortzentrum vom optischen von b.. Seiten her nahezu abgeschnitten hatte, die direkte Verbindung vom Wortkl.. zentrum zum Motorium und die vom übrigen optischen Erinnerungsfeld .. III. Stirnwindung aber erhalten war.

Giannelli (56) behandelt in einem kritischen Referat die Beziehungen .. Apraxie zu Läsionen des Corp. callosum.

Vix (157) schildert einen Fall von rechtsseitiger Lähmung mit linksseiti.. Apraxie, der durch das gute Schreibvermögen der linken Hand auffiel und .. geringfügige litterale Paragraphie aufwies. Die apraktische Störung bestand da.. daß gewisse Bewegungen ungeschickt, unzweckmäßig oder ungenügend ausgefü.. wurden, wenn sie aus dem Gedächtnis gemacht wurden, nicht aber, wenn sie .. Gegenstände in der Hand hatte. Zuerst bot sie das Bild reiner Wortstumm.. bei intactem Wortverständnis, in der Phase der Rückbildung zeigte sich ge.. Erschwerung der Wortfindung und eine Zeit lang agrammatische Störung. .. Leseverständnis war stets intakt. Die fehlenden „vergessenen" Buchstaben schr.. sie mit der Schreibkugel auch nicht mit der rechten Hand, mit beiden aber rich.. wenn sie ihr unter anderen vorgelegt wurden. Es zeigten sich in diesem Falle .. Dyspraxie und agraphische Störung voneinander unabhängig.

Bornsteins (25) Fall von ideatorischer Apraxie zeigte paraphasische Stör.. vom Charakter der amnestischen Aphasie, Agnosie und Apraxie, deren ideatorisch.. Ursprung *B.* schildert, und die er im Gegensatz zu der motorischen, auf einen z.. kumskripten Herd zu beziehenden Apraxie auf eine diffuse Hirnerkra.. kung zurückführt. Der anatomische Befund, der übrigens noch nicht abgeschlo.. ist, entsprach dem der Paralyse.

Ein kurz von *d'Hollander* (76) beschriebener Fall ließ trotz Blindheit, Taubh.. und Verlust der Sprache aus Logorrhoe, Jargonaphasie, einige erhaltene W.. und Stereotypien der Rede die *Wernicke*sche Aphasie feststellen, dem entsprach.. ausgedehnte ein- und beiderseitige Erweichungsherde, Zerstörung der „Zo.. lenticularis" bei intakter III. Stirnwindung.

Borchers (24) berichtet einen Fall von motorischer Aphasie durch ein link.. seitiges subdurales Hämatom nach Schußverletzung, das die Gegend der III. Stir.. windung komprimierte. Nach operativer Beseitigung trat fast vollkommene Heilung e..

Im Falle *Bergers* (15) gesellte sich zu einer sensorischen Aphasie durch Schla.. anfall nach viermonatigem Bestehen durch neuen Insult motorische Aphasie .. bis zum Tode nach weiteren zwei Monaten fortbestand. Eine Anzahl Erweichung.. herde wird abgebildet und ihre Beziehungen zu den Symptomen besprochen. ..



rtikaler Herd im linken Temporallappen der bis auf die Okzipitalwindungen ergriff und die *Wernicke*sche Stelle einschloß, bedingte die sensorische Aphasie, n relativ frischerer Herd in der 3. Stirnwindung bedingte die motorische; hier ar von besonderem Interesse, daß er nicht die äußerlich intakte Rinde betraf, ndern den hinteren Teil der Front. III ihres ganzen Marklagers beraubte und auch f Front. II übergriff. Der Linsenkern und seine Umgebung war frei bis auf eine grenzte Degeneration der oberen Inselwindungen, ein Beweis, daß totale Aphasie öglich ist auch ohne Beteiligung der Zona lenticularis.

Die verschiedentlich vertretene Behauptung, daß *Gall* der eigentliche Entcker des Sprachzentrums sei, entkräftet *Froriep* (50) durch den Nachweis, daß er Sprachsinn *Galls* etwas ganz anderes ist als das *Bouillaud-Broca*sche Sprachermögen und daß das *Broca*sche Zentrum recht weit von der Gegend liegt, in die *all* sein Sprachorgan verlegte.

) Psychosen bei diffusen Gehirnkrankheiten.

Aus der Statistik von *Jelliffe* und *Brill* (85) über die Aufnahmen von Nervenillen in die Vanderbilt-Klinik in den Jahren 1900—1909 sind folgende Zahlen von nteresse. Von 10 007 Männern und 11 283 Frauen waren 1676 Epileptische (831 nd 845), ungewöhnlich hoch waren die Zahlen für Chorea minor: 1589 (556 + 033) mit starker Bevorzugung des weiblichen Geschlechts, Chorea major fand ich nur einmal. Paralysis agitans 182 (114 + 68), spastischer Torticollis 138 50 + 88), amyotrophische Lateralsklerose 17 (11 + 6), Lateralsklerose 53 (43 - 10), multilpe Sklerose 112 (68 + 44), Tabes 383 (336 + 47), Syringomyelie 26 17 + 9), Caissonmyelitis 2mal. Hemiplegien waren rechtsseitig annähernd gleich äufig wie linksseitig. Hirntumoren 43 (21 + 22), Kleinhirntumoren 13 (10 + 3), Basedow 118 (13 + 105). Die Verschiedenheit der Beteiligung der Geschlechter n einzelnen Formen ist bemerkenswert.

Siemerling und *Raecke* (141) revidieren an den Befunden von 7 Fällen chroischer multipler Sklerose die bisherigen Ansichten über Anatomie und Pathoenese dieser Krankheit. Da dieser vorläufigen Mitteilung ausführliche Bearbeitung olgen soll, kann eingehendere Besprechung dieser vorbehalten bleiben. Das voräufige Ergebnis, zu dem die Verff. gelangen, ist, daß wir in der Herdbildung der nultiplen Sklerose einen sicher entzündlichen Prozeß vor uns haben, der sich in ler Ausbreitung an die Blutgefäße hält und zuerst zu kapillaren Blutungen führt nit geringem, aber zweifellosem Ausfall von Fibrillen, stärkerem der Markscheiden, während die Gliawucherung teils als Reaktion auf den gesetzten Reiz, teils als Narbenbildung anzusehen ist. Für die Frage des Zusammenhanges zwischen mulipler Sklerose und Trauma ist die Bedeutung der Blutungen für die erste Enttehung der Herde von hoher Wichtigkeit.

E. Schultze (138) behandelt in einem klinischen Vortrage die Symptomaologie der multiplen Sklerose, insbesondere in Hinsicht auf die frühzeitige Diagnose und Wert und Häufigkeit der Einzelsymptome, wobei Verf. vielfache eigene Erfahrungen mitsprechen läßt.

Farnell (39) berichtet einen Fall von progressiver Muskelatrophie vom Typus



Charcot-Marie-Tooth, der insofern vom typischen abwich, als er isoliert i[illegible] Familie auftrat, im 4. Dezennium des Lebens begann und sich zuerst in den [illegible] Extremitäten äußerte.

Ein Fall *Ladames* (103) von posttraumatischer amyotrophischer Lateral[illegible] bestätigt die Aufbrauchstheorie dadurch, daß die Atrophie nach und nach [illegible] Glied in der Reihenfolge ergriff, wie es infolge der Lähmung der übrigen [illegible] mäßig in Anspruch genommen wurde. Die Erkrankung des 40jährigen Ma[illegible] hatte nach Rückwärtsfallen über eine Kiste mit Schmerzen in der Hüfte und [illegible] der Peroneusmuskulatur begonnen.

Giannelli (55) beschreibt eine anfangs auf die VII. hintere Wurzel beschr[illegible] später auf die V. und VI. übergreifende Radikolalgie. Die Diagnose auf Syp[illegible] wurde ex juvantibus bestätigt.

Gaztelu (52) erklärt einen Fall von Herpes Zoster im Verlauf amyotroph[illegible] Lähmung der rechten Schultermuskulatur für eine besondere klinische Form [illegible] Zoster, die mit Lähmung oder Amyotrophie einhergeht.

Der Fall *Valle y Joves* (156) von Paramyoclonus multiplex bei einem Zwa[illegible] jährigen bietet nichts Besonderes.

Giannelli (54) bespricht die Krankengeschichte und den anatomischen [illegible] fund eines mit hereditärer Syphilis geborenen Mädchens, bei dem sich von Ki[illegible] an das Bild der *Friedreich*schen Krankheit entwickelt hatte und das im 22. Ja[illegible] starb. Es war körperlich, auch sexuell infantil geblieben und schwachsinnig. [illegible] Diagnose auf Chorea electo, an welche der Charakter der Zuckungen und Grim[illegible] denken ließ, auf juvenile Tabes und multiple Sklerose lehnt *G.* ab, der anatom[illegible] Befund, der eingehend geschildert wird, entsprach nicht ganz dem typi[illegible] bei *Friedreichs* Krankheit, er bestand hauptsächlich in Meningo-Enkep[illegible] Myelitis von sklerosierendem Charakter mit Entwicklungshemmungen im Zen[illegible] nervensystem, Gefäßveränderungen syphilitischer Natur und Strangerkrankun[illegible] die in ihrer elektiven Verteilung an inzipiente Tabes erinnerten, eine Ähn[illegible] keit, die auch durch Rarefizierung der aufsteigenden Trigeminuswurzel un[illegible] Solitärbündels gesteigert wurde. Der Fall scheint dafür zu sprechen, daß die *Fr[illegible] reich*sche Krankheit in einigen Fällen mehr als Syndrom bei hereditärer Lues a[illegible] sehen werden muß und nicht als nosographische Einheit.

M. Bernhards (17) Fall von atypischer Syringomyelie betrifft einen [illegible] 21 Jahre beobachteten Mann, bei dem sich die ersten Erscheinungen nach Br[illegible] fellentzündung eingestellt hatten. Disposition des erblich belasteten Kran[illegible] zu spinaler Erkrankung war aus Sklerose, spastischen Symptomen und Sphincter[illegible] schwäche anzunehmen. Die Ausbreitung der Syringomyelie auf die Hinterstr[illegible] des Zervikal- und oberen Dorsalmarkes begründete Erscheinungen von Ta[illegible] die sich ja zu Syringomyelie gesellen kann, hier aber nicht vorliegt. Bemerk[illegible] wert war in dem Falle das Auftreten eines kurzen halluzinatorischen Ang[illegible] standes etwa 10 Jahre nach Beginn, der dauernde, aber nicht affektiv be[illegible] Gehörstäuschungen und paranoide Vorstellungen zurückließ.

Halbey (64) beobachtete bei einem Paralytiker (Infektion 1900, Unfall [illegible] wahrscheinlicher Basisfraktur 1895) zirkumskripte Hyperidrosis vor dem re[illegible] Ohre beim Kauen und Ageusie des vorderen Zungenteils rechts, die auf die [illegible]



etzung der Chorda tympani durch den Unfall zu beziehen sind und auf deren sekretorische Fasern im zweiten Ast des Fazialis.

Moleen (113) legt in seinem Fall von Hemiatrophia facial. Gewicht darauf, daß der Beginn in das 6. Lebensjahr fiel, vielleicht im Anschluß an Trauma. Bei dem Kranken bestanden außerdem Reste von Poliomyelitis ant. in den ersten Lebensjahren.

Hough und *Lafora* (80,81) geben einen statistischen Bericht über die Poliomyelitisepidemie v. J. 1910 im Columbiadistrikt nach Verbreitung, Witterungsverhältnissen, Alter, Geschlecht, Symptomatologie, Verlauf und Behandlung. Ihre Ergebnisse der anatomischen Untersuchung sind in der Hauptsache: der Liquor ist in der Regel klar, gibt aber meist positiven *Nonne-Apelt* und *Noguchi*, Druckerhöhung ist im Beginn häufig, ebenso Pleozytose. Die anfangs vorhandene Vermehrung der polymorphonuklären Zellen macht einige Tage später Lymphozytose mit wenigen Plasmazellen und Mastzellen Platz, ihr Verschwinden beruht auf der lebhaften Phagozytentätigkeit der Macrophagen Veränderte rote Blutkörperchen im Liquor deuten auf kapilläre Hämorrhagien. Bakterien wurden nicht gefunden, obgleich alles für die bazilläre Natur der Krankheit spricht

Jelliffe (83) führt an einem Beispiel die meningeale Form der Poliomyelitis vor, in die sich nicht wenige Fälle der Epidemie gekleidet haben

Williams (166) weist darauf hin, daß die P. a. eine konstitutionelle Erkrankung ist und Beweisen ihrer Kontagiosität gegenteilige Beweise gegenüberstehen. Er hält die Verbreitung durch Insekten als Träger oder Zwischenwirte für möglich, damit ständen gute Erfolge mit Quecksilber in Einklang und diese Behandlung wäre weiter zu prüfen.

Maas (106) teilt sechs Fälle mit, in denen die Diagnose auf Meningitis serosa teils klinisch berechtigt war, teils durch die Sektion bestätigt wurde. Als Ursache war in fünf Fällen Bleiintoxikation erwiesen oder wahrscheinlich, im sechsten Falle, einer 29jährigen Schwachsinnigen, mit Krämpfen im 2. Lebensjahr, meint Verf. den Hydrozephalus auf den Einfluß des mit Blei arbeitenden Vaters beziehen zu dürfen. Der Befund an einem anatomisch durchsuchten Fall bestand in leichter Verdickung der Pia und der Gefäße im Hirn und Rückenmark, Pigmentsklerose der Ganglienzellen und Wucherung der Glia mit Bildung amöboider Gliazellen. Zusammenfassend bemerkt *M.*, daß auf dem Boden der Bleiintoxikation Meningitis serosa auftreten kann mit Symptomen wie das *Babinski*sche Zeichen, deren Beziehung auf die Meningitis oder auf direkte Bleiwirkung noch nicht gesichert ist, und daß dabei sonst für Blei charakteristische Symptome vermißt werden können.

In dem Kapitel: Myelitis und myelitische Strangerkrankungen des Handbuches der Neurologie entwirft *Henneberg* (71) nach einleitendem histologischen Überblick und Definierung der hierher gehörigen Prozesse das anatomische Bild der einzelnen Formen und stellt nach diesem folgende (schematische) Gruppierung auf: I. Myelomalazie, II. genuine akute Myelitis, 1. infiltrative Myelitis nach den Untergruppen a) Poliomyelitis acuta, b) diffuse Formen mit besonderer Beteiligung der grauen Substanz, c) transversale und disseminierte inf. M., d) akute hämorrhagische inf. M. e) akute Meningomyelitis, f) purulente M., Meningomyelitis und Rückenmarksabzeß. 2. Degenerative genuine Myelitis mit den Untergruppen,



a) akute bzw. subakute Degeneration der nervösen Elemente, transversales d-
miniertes funikuläres Lückenfeld, b) totale transversale und disseminierte Ne-
In der überaus gründlich behandelten Ätiologie läßt *H.* die Schreckmyelitis
nicht gelten, für die Seltenheit bakterieller Befunde bestehen zwei Erklär-
möglichkeiten: es können lediglich ihre Toxine die Gewebsveränderung bew-
oder die Bakterien gehen im Rückenmark rasch zugrunde. Positiver Befund
überdies unzuverlässig, weil das Siechtum bei Myelitis der Bakterieninva-
viele Tore öffnet. Der Tierversuch hat gezeigt, daß zur Bakterieneinschwemm-
noch andere Faktoren treten müssen und die Toxine die gleichen Veränder-
hervorrufen wie die Bakterien selbst, die Pathogenese ist somit noch imme-
Dunkel gehüllt, und die Anwendung eines bestimmten Entzündungsbegriffs
sich wie auch sonst, so auch für die Beurteilung und Klassifikation der myeliti-
Prozesse wenig fruchtbar erwiesen. Es folgen dann Darstellung der Symptom-
logie, Prognose, Diagnose und Therapie, wobei die aus praktischen Gründen
d i s s e m i n i e r t e n Myelitis gerechneten Befunde zusammenfassend bespr-
werden. Den Schluß der Arbeit bilden die kombinierte pseudosystematische Str-
degeneration und die anämische fokale Leukomyelitis, die Verf. als einheitlic
Erkrankung auffaßt.

Pellizzi und *Sarteschi* (124) untersuchen die halbseitigen Symptome
Krankheitsbilde der Idiotie auf meningitischer Grundlage, das sie als Idiotia m-
gitica pura simplex in früheren Arbeiten beschrieben haben. An einer Reih-
Tabellen werden die Beziehungen der Reflexe, der dynamischen Leistung
myasthenischen Reaktion (auf Faradischen Strom) und die Art der Konvulsio-
wo sie die Erkrankung begleiten, zu einander erörtert. In letzteren Fällen w-
halbseitige Erscheinungen häufiger, fast in 90%, während sie sich in nicht k-
vulsiven Fällen in 76% zeigten, myasthenische Symptome finden sich na-
konstant in allen Fällen

Giannelli (59) hält Fehlen des Patellarreflexes bei Jugendlichen für ein w-
volles Zeichen der Heredolues.

Yawger (174, 171) führt aus daß wie bei bestimmten Kopfschmerzen Ne-
algien von verschiedener Art und Sitz auf rheumatischen Myitiden (Muskelschwi-
beruhen. Außer den durch das Grundleiden indizierten Maßnahmen ist Mass-
in erster Linie anzuwenden.

Willige (168) sichtet die bisher beschriebenen Fälle von Paralysis ag-
in jugendlichem Alter und teilt eine eigene Beobachtung mit, in der die Erkr-
kung im 22. Jahre begann. Von im ganzen 47 Fällen bleiben 12—14 einwandf-
Fälle übrig, als unterste Altersgrenze ergibt sich das 20., vielleicht das 18. Ja-
Das klinische Bild unterscheidet sich nicht wesentlich von dem der präseni-
doch scheint sie sich häufiger mit multipler Sklerose zu komplizieren und ersch-
viel öfter als diese familiär, so daß die familiären Fälle in eine nosologisch b-
sondere und einheitliche Gruppe zu weisen sind. Ätiologisch kommen akute I-
fektionskrankheiten, namentlich Typhus, in Betracht, weniger geistige und kör-
liche Traumen.

Jelliffe (84) liefert eine hübsch ausgestattete Darstellung des Lebens und
Arbeiten des *Franciscus Sylvius.*



9. Anstaltswesen und Statistik.

Ref. E. Grütter-Lüneburg.

I. Allgemeines.

1. *Alter* (Lindenhaus), Die Fürstl. Lippische Heil- u. Pflege-Anstalt Lindenhaus. Psych.-neurol. Wschr. 13. Jahrg., Nr. 25, S. 237. (S. 325*.)
2. *Alzheimer*, *A.*, Ist die Einrichtung einer psychiatrischen Abteilung im Reichsgesundheitsamt erstrebenswert? Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. Bd. 6, H. 2, S. 242. (S. 329*.)
3. *Ast* (Eglfing), Der Typhus in der Heil- u. Pflege-Anstalt Eglfing. Münch. med. Wschr. Nr.45, S. 2389. (S. 324*.)
4. *Auerbach*, *S.*, Die Errichtung einer besonderen Abteilung im Reichsgesundheitsamt zur Bekämpfung der Nerven- und Geisteskrankheiten. Psych.-neurol. Wschr. XIII. Jahrg. Nr. 43. (S. 330*.)
5. *Autengruber*, *M.* (Mauer-Öhling), Die Stellung des Anstaltsarztes der Öffentlichkeit und den Behörden gegenüber. Psych.-neurol. Wschr. XIII. Jahrg., Nr. 37, S. 371. (S. 328*.)
6. *Becker*, *W. H.*, Ketzergedanken eines Psychiaters. Psych.-neurol. Wschr. XIII. Jahrg., Nr. 8, S. 69. (S. 327*.)
7. *Belletrud* et *Froissard*, Essai de placement familial autour de l'asile de Pierrefeu. L'Informateur Nr. 3. (S. 323*.)
8. *Beyer*, *E.*, Die Nervenheilstätte im Dienste der Kranken-, Unfall- u. Invalidenversicherung. Psych.-neurol. Wschr. XIII. Jg., Nr. 44, S. 411. (S. 325*.)
9. *Boehnke*, *K. E.*, Beitrag zur Frage der Bedeutung der Ruhr-Dauerausscheider. Münch. med. Wschr. Nr. 22, S. 1187. (S. 325*.)
10. *Bötticher*, *E.* (Gießen), Verbreitung und Bekämpfung des Typhus in Irrenanstalten. Ztschr. f. Hyg. Bd. 67, H. 2.
11. *Bonhomme*, *J.*, Les déséquilibres insociables à internements discontinus et la section des aliénés difficiles à l'asile de Villejuif. Paris, G. Steinheil. 146 S., 6 Fr.
12. *Bresler*, *J.* (Lüben), Zur Entlastung der öffentlichen Irren- etc.



Anstalten. Psych.-neurol. Wschr. XII. Jahrg., Nr. 46, S. 4
(S. 321*.)

13. *Briggs*, *L. V.* (Boston), What can be done for the prevention insanity by the treatment of incipient cases in general hospitals, and what has been done in the past. Americ. Journ. insanity vol. 67, Nr. 4, p. 637.

14. *Capgras*, *J.* (Ville-Evrard), Note sur une application particul de la loi de 1838. Revue de psych. et de psychol. expér. No. 5, p. 179.

15. *Cornu*, Alitement en plein air. Ann. méd.-psych. Jahrg. 69, Nr

16. *Cullere*, L'hôpital d'épileptiques de l'état d'Ohio. Ann. méd. psychol. 69 ann., Nr. 1, S. 52.

17. *Damaye*, *H.* (Bailleul), L'assistance aux troubles mentaux a et curables. Revue de psych. Nr. 9, p. 377. (S. 323*

18. *Damaye*, *H.*, L'hôpitalisation des aliénés aigus et curables. revue philanthropique. (S. 323*.)

19. *van Deventer* (Amsterdam), Pflege der gefährlichen und schädlich Geisteskranken. Psych.-neurol. Wschr. XIII. Jahrg., Nr. S. 5. (S. 329*.)

20. *Dobrick*, *G.* (Kosten), Die Not der Psychiatrie. 18 S. Lissa i. Oskar Eulitz' Verlag. (S. 327*.)

21. *Dobrick*, *G.* (Kosten), Ketzergedanken eines Psychiaters. Psych neurol. Wschr. XII. Jahrg., Nr. 41—42. (S. 327.)

22. *Dobrick* (Kosten), Videant consules .....! Psych.-neurol. Ws XIII. Jahrg., Nr. 27, S. 265. (S. 327.)

23. *Dobrick* (Kosten), Odium psychiatricum. Psych.-neurol. Wsc XIII. Jahrg., Nr. 38, S. 381. (S. 327*.)

24. *Dobrick*, *G.* (Kosten), Zur Bedeutung der Anstaltspsychiat Erwiderung auf den Artikel des Herrn Prof. *Weber*-Götting Psych.-neurol. Wschr. XII. Jahrg., Nr. 50, S. 465. (S. 327

25. *Dolair*, *I.*, Société de patronage des malades sortis des asiles d Seine et de quartiers d'hospices. L'assistance, mars-avril.

26. *Drapes*, *Th.*, The personal Equation in Alienism. Journ. of Ment Science, October 1911, p. 598.

27. *Drewry*, *F.*, The state care of the insane. The old dominion journ of medecine and surgery. Bd. 9, Nr. 1. (S. 331*.)

28. Erlaß, betr. Vorschriften über Anlage, Bau und Einrichtu



von Kranken-Heil- u. Pflege-Anstalten sowie von Entbindungsanstalten und Säuglingsheimen vom 8. August 1911. D. med. Wschr. Nr. 30, S. 3—4.

9. *Erskine*, *W. I. A.* (Nottingham), Asylum dysentery. The journ. of mental science vol. 57, Nr. 238, p. 492. (S. 325*.)

0. *Fischer*, *M.* (Wiesloch), Die Entwicklung des badischen Irrenwesens. Klin.-therap. Wschr. Nr. 28, S. 778. (S. 320*.)

1. *Fischer*, *M.* (Wiesloch), Statistisches aus dem badischen Irrenwesen. Psych.-neurol. Wschr. XIII. Jahrg., Nr. 6, S. 47. (S. 320*.)

2. Fürsorgeamt für entlassene Geisteskranke in Berlin. D. med. Wschr. Nr. 37, S. 1707.

3. *Gallus* (Potsdam), Helenenhof, ein Haus für psychopathische weibliche Fürsorgezöglinge. Psych.-neurol. Wschr. XIII. Jahrg., Nr. 28, S. 277. (S. 326*.)

4. *Glauning* (Waldheim), Die ersten Anfänge staatlicher Fürsorge für Geisteskranke in Sachsen. Mtschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsreform, 8. Jahrg., 2. H., S. 97. (S. 320*.)

5. *Glüh* (Hamburg), Was bot die Internationale Hygiene-Ausstellung Dresden 1911 dem Psychiater? Mitt. a. d. Hamburg. Staatskrankenanstalten Bd. XIII, H. 14. (S. 326*.)

6. *Grober*, *G.*, Das deutsche Krankenhaus. Handbuch für Bau, Einrichtung und Betrieb der Krankenanstalten. Unter Mitwirkung von Prof. Dr. *E. Dietrich*, herausgegeben von Prof. Dr. *G. Grober*. 30 M. Jena, Gustav Fischer.

7. *Günther* und *Böttcher*, *W.* (Hubertusburg), Der Typhus in den Kgl. sächsischen Landesanstalten zu Hubertusburg und seine Bekämpfung. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. 68. Bd. 3. H. (S. 324*.)

8. *Haardt*, *K.* (Emmendingen), Die Durchführung der Dauerwache in der Großh. Bad. Heil- u. Pflege-Anstalt Emmendingen. Psych.-neurol. Wschr. 1911, XII. Jahrg. Nr. 44, S. 414. (S. 321*.)

9. *Hagemann*, Die Ruhr in Staedtel-Leubus und allgemeine Betrachtungen über die Pseudodysenterie der Irren. Klin. Jahrbuch Bd. 25, H. 3.

0. *Heck* (Rheydt), Die elektrischen Anlagen in der Walderholungs-



stätte im Stadtwalde zu Rheydt. Die Heilanstalt. VI. Jahr. Nr. 4, S. 53. (S. 321*.)

41. *Hindhede*, Mein Ernährungssystem. Eine Umwälzung und Verbilligung unserer Ernährung. Mit einem Musterkochbuch. Deutsch von *Marie Dietz*. 194 S. 2,60 M. Leipzig, Volger u. Co.

42. *Hrase*, J., Zur Eröffnung der Kgl. böhmischen Landesirrenanstalt in Bohnitz bei Prag. Psych.-neurol. Wschr. XII. Jahrg. Nr. 51, S. 471. (S. 326*.)

43. *Hurd*, *H. M.*, A history of institutional care of the insane in the United States and Canada. Americ. journ. of insan. vol. Nr. 3, january, p. 587.

44. *Jones*, *Edith Kathleen* (Waverley), Librairies for the patients in hospitals for the insane. The americ. journ. of insan. vol. p. 95. (S. 331*.)

45. Kasan (Rußland), Bezirksanstalt für Geisteskranke. Dresdener Hygiene-Ausstellung. (S. 330*.)

46. *Keay*, J. (Uphall), Bangour village. Journ. of mental science. Nr. 237, vol. 57, p. 408.

47. *Kerris*, *E.* (Galkhausen), Zur Behandlung der Unruhe der Geisteskranken. Psych.-neurol. Wschr. XII. Jahrg., Nr. 42, S. (S. 329*.)

48. *Klinke* (Lublinitz), Hausindustrie. Psych.-neurol. Wschr. XII. Jahrg., Nr. 20, S. 189.

49. *Kolb*, *G.* (Kutzenberg), Die Familienpflege unter besonderer Berücksichtigung der bayrischen Verhältnisse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 6, H. 3, p. 273. (S. 323*.)

50. *Koller*, *A.*, Die Zählung der geistig gebrechlichen Kinder des schulpflichtigen Alters im Kanton Appenzell a. Rh. vom Herbst 1907 nebst einer Nachzählung der im Jahre 1897 gezählten geistig gebrechlichen Schulkinder. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. des jugendl. Schwachsinns (Prof. Dr. *Vogt* und Prof. Dr. *Weygandt*). 4. Bd., 1911. (S. 330*.)

51. *Kürner*, *Rich.* (Tübingen), Über die Verbreitung der Syphilis in den Schwachsinnigenanstalten Württembergs auf Grund von Blutuntersuchungen mittels der *Wassermann*schen Methode. Inaug.-Diss., Tübingen.



2. *Ladame, Ch.* (Genève), Une visite à la colonie agricole d'Uchtspringe. Ann. medico-psychologiques, 69e année, Nr. 2, p. 230. (S. 326*.)

3. L'assistance familiale dans le Var. L'assistance 20e année, 11 série, mai, p. 65.

4. *Lechner, K.* (Klausenburg), Klinik für Nerven- und Geisteskranke zu Klausenburg (Ungarn). Psych.-neurol. Wschr. XIII. Jahrg., Nr. 12, p. 107, Nr. 13, p. 117. (S. 326*.)

5. *Leppmann* (Berlin), Irrenärztliche Tagesfragen. Berl. klin. Wschr. Nr. 46—47. (S. 328*.)

6. *Levison*. L'assistance des enfants anormaux en Norvège. L'assistance, avril.

7. Lohr, Die künftige Heil- und Pflege-Anstalt Lohr. Psych.-neurol. Wschr. XIII. Jahrg., Nr. 20, S. 194. (S. 326.*)

8. *Lugiato, Luigi* (Sondrio), Il manicomio della provincia di Utopia. Sondrio. Soc. tipogr. Valtellinese. 66 p. (S. 320*.)

9. *Lwoff* et *Sérieux*, Les aliénés au Maroc. Paris, Masson, 12 p. (S. 331*.)

0. *Marie, A.*, et *Delair, J.*, Société de patronage des malades sortis des asiles de la Seine et des quartiers d'hospices. L'assistance, mars-avril.

1. *Mignot, R.*, Pratique psychiatrique. La procédure de l'internement. La clinique, 6e année, Nr. 6.

2. *Mönkemöller, O.* (Hildesheim), Die Praxis psychiatrica im 18. Jahrhundert. Psych.-neurol. Wschr. XIII. Jahrg., Nr. 22, S. 211. (S. 320*.)

3. *Moukhlis, A.*, Statistique de l'asile des aliénés de Top-tachi pendant l'année 1326. 1910—1911 (Constantinople-Scutari). L'assistance août, 20e année, 11e série.

4. *Näcke, P.* (Hubertusburg), Die Notwendigkeit ärztlicher Leitung an Defekten-Anstalten. *H. Groß*' Archiv Bd. 41, H. 1 u. 2, S. 88—95. (S. 328*.)

5. *Noske, Karl*, Zerkleinerungsvorrichtungen. Heft der Gemischten Technologie von Prof. *F. Fischer*-Göttingen. Leipzig, Otto Spamer.

6. *Page, A.*, Asiles et tuberculose. L'assistance août, 20e année, 11e série.



67. *Pandy, K.*, Über Entweichungen der Kranksinnigen aus der
stalt. Pester med. chir. Presse Nr. 9—11.

68. *Perdrau, I. R.* (Devon), Clinical aspect and treatment of
dysentery. Journ. of mental science, vol. 57, Nr. 236. p.
(S. 325*.)

69. *Petersen-Borstel*, Prov.-Heil- u. Pflege-Anstalt Plagwitz a. B
(S. 325*.)

70. *Petit*, Les projets de réformes de la loi du 30 juin 1838 sur
aliénés. Le progrès méd. 39e an., Nr. 41, p. 599.

71. *Pilgrim, Ch. W.*, The care and treatment of the insane in the
of New-York. The americ. journ. of insan. vol. 68, Nr. 1, p.
(S. 330*.)

72. *Pinero, H. G.* (Buenos-Aires), Locura communicada fam
Revista frenepática Española No. 101, p. 129.

73. *Porot* (Tunis), La situation des aliénés français en Tunisie. R
de psychiatrie No. 6, p. 242.

74. *Prinzing, Fr.* (Ulm), Statistik der Gebrechen. Abschnitt 15
Zahn, Die Statistik in Deutschland nach ihrem heut
Stande. München u. Berlin. J. Schweizer. (S. 330*

75. *Quensel* (Leipzig), Bergmannswohl, Unfallnervenheilanstalt
Knappschafts-Berufsgenossenschaft zu Schkeuditz. Ä
Sachverst.-Ztg. Nr. 10, S. 197. (S. 326*.)

76. *Ramadier, J.*, L'assistance des épileptiques et des idiots en L
et-Cher. L'hospice, Dessaignes annexe de l'asile d'alié
Annales médico-psychologiques, 69e année, Nr. 3, p. 4

77. *Rein, O.* (Landsberg), Vorrichtung zur Erhaltung konsta
Wassertemperatur im Dauerbad. Psych.-neurol. W
XIII. Jahrg., Nr. 22, S. 209. (S. 322*.)

78. *Ritti, A.*, Los alienados en libertad. Revista frenopática espa
año IX, Nr. 97, S. 7.

79. *Roderbirken*, Heilstätte der Landesversicherungsanstalt bei L
lingen, Rheinprovinz. Psych.-neurol. Wschr. XIII. Ja
Nr. 23, S. 220.

80. *Rodiet, A.* (Dun sur Auron), De l'extension de la colonisat
familiale des aliénés. Archives internat. de Neurol. vol
9e série, 33e année, Nr. 2, p. 69. (S. 323*.)

Roubinovitsch, Rôle du médecin-practicien dans le traitement et l'internement des aliénés. Progrès médical. Nr. 30, p. 365.

Saforcada, *M.* (Barcelona), Necesidad de conseguir una legislación modernamente cientifica sobre alienados, por lo que se refiere á asuntos de responsabilidad y capacidad. Revista frenopática española. Nr 107, p. 321.

Samana, *M. N.*, Le problème de l'assistance aux étrangers d'après les derniers congrès internationaux. L'Assistance, 20e année, 11e série, p. 129.

Sauermann, *G.* (Merzig), Von einem Besuch in England. Psychiatr. neurol. Wschr. XII. Jahrg., Nr. 48, S. 443. (S. 327*.)

Schlöss, *H.* (Wien), Der Regierungsentwurf eines Irrenfürsorgegesetzes. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. 32. Bd., H. 3, S. 358. (S. 328*.)

Schmidt, *Ad.* (Halle a. S.), Die Küchenfrage in Kliniken und Krankenhäusern. Med. Klinik Nr. 24, S. 917. (S. 322*.)

Schob, *F.* (Dresden), Über Fürsorge für chronisch Kranke (Sieche); jetziger Stand, Notwendigkeit und Bedeutung ihres weiteren Ausbaues. 18 S. Leipzig 1911, F. Leineweber. (S. 329*.)

Segard, La colonisation des aliénés en Argentine. L'Assistance 20e année, 11e série, février 1911.

Sérieux et *Lwoff*, Moyens de contrainte employés envers les aliénés au Maroc. Revue de psych. et de psychol. expérim. Nr. 5, p. 185.

Simon, *Th.*, L'Aliéné, l'Asile, l'Infirmier. Paris, 1911. E. Bougault.

Sommer (Gießen), Zur Frage einer psychiatrischen Abteilung des Reichsgesundheitsamtes. Psych.-neurol. Wschr. XIII. Jahrg., Nr. 4, S. 31. (S. 329*.)

Sonnenstein, Zur Hundertjahrfeier, 4. Juli 1811 — 4. Juli 1911. Psych.-neurol. Wschr. XIII. Jahrg., Nr. 14, S. 127.

Specht, *G.* (Erlangen), Über die familiale Verpflegung der Geisteskranken in Bayern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 6, H. 3, S. 305. (S. 322*.)

Sternberg, Die Küche in Massenverpflegungsanstalten für Kranke und Gesunde. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. 70, H. 2.



95. *Sternberg*, *W.* (Berlin), Der Bau des Krankenhauses der Zuk[illegible] Prager med. Wschr. Nr. 40.

96. *Sternberg*, *W.* (Berlin), Der Transport der Küche im Kranken[illegible] Hyg. Rundschau Nr. 11.

97. *Sternberg*, *Wilhelm* (Berlin), Diät und Küche. Einführung [illegible] angewandte Ernährungstherapie. 188 S. 5 M. Würz[illegible] 1911, C. Kabitzsch. (S. 322*.)

98. *Sternberg*, *Wilhelm* (Berlin), Kochküche des städtischen Kran[illegible]hauses in Darmstadt. Ztschr. f. phys. u. diätet. Th[illegible] Bd. 15, H. 3. (S. 322*.)

99. *Stoltenhoff*, Festschrift zum 25 jährigen Bestehen der An[illegible] Kortau. (S. 325*.)

100. *Strassner*, *H.* (Homburg v. d. H.), Diätküche in der medizini[illegible] Klinik zu Halle a. S. Ztschr. f. phys. u. diätet. Th[illegible] Bd. 15, H. 4. (S. 322*.)

101. *Thumm*, *K.* (Berlin), Über die Beseitigung der flüssigen [illegible] festen Abgänge aus Anstalten und Einzelgebäuden. Vier[illegible]jahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen Bd. [illegible] H. 2, S. 333. (S. 321*.)

102. *Tödter*, *Walther*, Eine Typhusepidemie in der Landesirrenan[illegible] Gehlsheim. Inaug.-Diss. Rostock 1911. (S. 324*.)

103. *Topp*, *R.* (Berlin-Weißensee), Zur Ernährung bei Schw[illegible]zuständen von Nerven- und Geisteskranken. Psych.-ne[illegible] Wschr. XIII. Jahrg., Nr. 21. S. 205. (S. 325*.)

104. Typhusepidemie in der Prov.-Irrenanstalt Conrad[illegible] Psych.-neurol. Wschr. XIII. Jahrg., Nr. 26, S. 257. (S. 3[illegible]

105. *Weber*, *L. W.* (Göttingen), Zur Bedeutung der Anstaltspsychi[illegible] Psych.-neurol. Wschr. 1910/11, XII. Jahrg., Nr. 47, S. [illegible] (S. 327*.)

106. *Werner* (Bedburg b. Cleve), Über die Fortschritte des Ir[illegible]wesens. Psych.-neurol. Wschr. H. 30, S. 298.

107. *Weygandt*, *W.* (Hamburg), Irrenanstalten. Abdruck aus [illegible] deutsche Krankenhaus", Handbuch für Bau, Einrich[illegible] und Betrieb der Krankenanstalten. — Unter Mitwir[illegible] von Prof. Dr. *E. Dietrich* herausgegeben von Prof. [illegible] *J. Grober*. Jena 1911, Gustav Fischer. (S. 319*.)



)8. *White*, *W. A.* (Washington), Government hospital for the insane — Washington, D. C. — Bulletin Nr. 3.

)9. *White*, *W. A.* and *Barnes*, *Fr. M.*, A plan for indexing cases in hospitals for the insane. Americ. journ. of insan. Vol. 67, Nr. 3, p. 597.

0. *Wiehl* (Bonn), Irrenfürsorge und Irrenhilfsvereine. Die Irrenpflege. XV. Jahrg., Nr. 7, S. 147.

1. *Wilmanns*, *K.* (Heidelberg), Die Zunahme der anstaltsbedürftigen Geisteskranken in Baden und ihre Ursachen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 4, H. 5, S. 617. (S. 321*.)

2. *Zweig*, *A.* (Dalldorf), Die Behandlung des Decubitus. D. med. Wschr. Nr. 24, S. 1122. (S. 322*.)

II. Anstaltsberichte.

3. Allenberg (Ostpr.), Prov.-Heil- u. Pflege-Anstalt. Bericht für 1910. Dir.: San.-Rat Dr. *Dubbers*. (S. 332*.)

4. Alsterdorfer Anstalten bei Hamburg. Bericht für 1910. Oberarzt: Dr. *Kellner*. (S. 348*.)

5. Baden, Jahresbericht der Großh. Bad. Irrenanstalten. Berichte für 1909 u. 1910, mitgeteilt vom Großh. Badischen Ministerium des Innern. Karlsruhe, Macklotsche Buchhandlung. (S. 363*.)

6. Bamberg, Städt. Heil- u. Pflegeanstalt St. Getreu. Bericht für 1908, 1909, 1910. Dir.: Dr. *A. Bott*. (S. 357*.)

7. Bayreuth, oberfränkische Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1910. Dir.: Dr. *Hock*. (S. 357*.)

8. Brandenburgischer Provinzialausschuß, Auszug aus dem Verwaltungsbericht vom 17. Februar 1911. (S. 334*.)

9. Brandenburgischer Hilfsverein für Geisteskranke zu Eberswalde. 37. Jahresbericht für 1910. Eberswalde 1911. C. Kemnitz. (S. 377*.)

0. Breslau, Städtische Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke. Bericht für 1910. Dir.: San.-Rat Dr. *Hahn*. (S. 339*.)

. Brieg, Prov.-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1910. Dir.: San.-Rat Dr. *Petersen*. (S. 339*.)



122. **Brünn**, Mährische Landesirrenanstalt. Bericht für
Dir.: Dr. *A. Hellwig*. (S. 368*.)

123. **Buch**, Irrenanstalt der Stadt Berlin. Bericht für 1910.
San.-Rat Dr. *Richter*. (S. 336*.)

124. **Bunzlau**, Prov.-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für
Dir.: San.-Rat Dr. *Neisser*. (S. 339*.)

125. **Burghölzli**, Zürcherische kantonale Irrenheilanstalt.
richt für 1910. (S. 370*.)

126. **Cery**, Rapport annuel de l'asile de Cery pro 1910. (S.

127. **Conradstein**, Westpreußische Provinzial-Irrenanstalt.
richt für 1910. Dir.: Geh. Med.-Rat Dr. *Kroemer*. (S. 3

128. **Dalldorf**, Irrenanstalt der Stadt Berlin. Bericht für
Dir.: Geh. Med.-Rat Dr. *Sander*. (S. 335*.)

129. **Danville**, Pennsylvania, state hospital for the
1908—1910. (S. 376*.)

130. **Dösen**, Heilanstalt der Stadt Leipzig. Bericht für
Dir.: Ober-Med.-Rat Dr. *Lehmann*. (S. 356*.)

131. **Dziekanka**, Provinzial-Irrenanstalt. Bericht für
Dir.: San.-Rat Dr. *Kaiser*. (S. 337*.)

132. **Eglfing** bei München, Oberbayerische Heil- und
Anstalt. Bericht für 1910. Dir.: Dr. *Vocke*. (S. 3

133. **Eichberg**, Landes-Heil- und Pflege-Anstalt im Rhe
Bericht für 1910. Dir.: Dr. *Wachsmuth*. (S. 350*.)

134. **Ellen** bei Bremen, St. Jürgen-Asyl für Geistes- und
kranke. Bericht für 1910. Dir.: Dr. *Delbrück*. (S. 3

135. **Ellikon** a. d. Thur, Trinkerheilstätte. Jahresbericht für
(S. 374*.)

136. **Feldhof** zu Graz, Steiermärkische Landes-Irren- Heil-
Pflege-Anstalt. Bericht für 1910. Dir.: Dr. *Sterz*. (S. 3

137. **Freiburg** i. Schl., Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt.
richt für 1910. Dir.: San.-Rat Dr. *Buttenberg*. (S. 34

138. **Friedmatt**, Kantonale Heil- und Pflege-Anstalt. B
für 1910. Dir.: Prof. Dr. *Wolff*. (S. 371*.)

139. **Friedrichsberg**, Irren-Heil- und Pflege-Anstalt des
burgischen Staates. Bericht für 1910. Dir.: Prof
Weygandt. (S. 348*.)



10. Gabersee, Oberbayer. Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1910. Dir.: Dr. *Drees*. (S. 359*.)

11. Gehlsheim, Großh. Mecklenbg. Irren-Heil- und Pflege-Anstalt bei Rostock i. M. Bericht für 1910. Dir.: Geh. Med.-Rat Dr. *Schuchardt*. (S. 347*.)

12. Göttingen, Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1910. Dir.: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *Cramer*. (S. 344*.)

13. Grassi, Resoconto statistico-clinico del manicomio di Siena nel triennio 1908—1910. Rassegna di studi psychiatrici Bd. 1, H. 2. (S. 375*.)

14. Haus Schönow, Heilstätte für Nervenkranke in Zehlendorf bei Berlin. Bericht für 1910. Dir.: Prof. Dr. *M. Laehr*. (S. 337*.)

5. Herzberge, Irrenanstalt der Stadt Berlin. Bericht für 1910. Dir.: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *Moeli*. (S. 335*.)

6. Hessischer Hilfsverein für die Geisteskranken in Hessen. Bericht für 1910. (S. 377*.)

7. Hildesheim, Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1910. Dir.: Geh. San.-Rat Dr. *Gerstenberg*. (S. 344*.)

8. *Jelliffe* and *Brill*, Statistical summary of cases in departement of neurology, Vanderbilt clinic for ten years 1900—1909. Journal of nervous and mental disease Bd. 38, Nr. 7. (S. 377*.)

9. Kaufbeuren, Bayrische Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1910. Dir.: Dr. *Prinzing*. (S. 359*.)

0. Königsfelden (Aargau), Kantonale Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1910. Dir.: Dr. *Fröhlich*. (S. 373*.)

1. Kortau (Ostpr.), Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1910. Dir.: San.-Rat Dr. *Stoltenhoff*. (S. 332*.)

2. Kosten (Posen), Provinzial-Irren- und Idioten-Anstalt. Bericht für 1910. Dir.: Dr. *Scholz*. (S. 337*.)

3. Kremsier, Mährische Kaiser Franz Josef I.-Heilanstalt. Bericht für 1910. Dir.: Dr. *V. Navrat*. (S. 368*.)

4. Kreuzburg (Schlesien), Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1910. Dir.: Dr. *Schubert*. (S. 340*.)

5. Kutzenberg, Oberfränkische Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1910. Dir.: Dr. *Kolb*. (S. 360*.)

156. L a n d s b e r g a. W., Brandenburgische Landes-Irrenanst. Dir.: Dr. *Riebeth.* (S. 355*.)

157. L a n g e n h a g e n , Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1910. Dir.: Dr. *Völker.* (S. 345*.)

158. L a n g e n h o r n , Irren- Heil- und Pflege-Anstalt des hamburschen Staates. Bericht für 1910. Dir.: Prof. Dr. *Neuber.* (S. 348*.)

159. L e u b u s (Schlesien), Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1910. Dir.: Geh. San.-Rat Dr. *Alter.* (S. 34

160. L e w e n b e r g (Schwerin i. M.), Großh. Heil- und Pflege-Anstalt für geisteskranke Kinder. Bericht für 1910. Med.-Rat Dr. *Jenz.* (S. 348*.)

161. L i n d e n h a u s bei Lemgo, Fürstl. lippische Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1910. Dir.: Dr. *W. Alter.* (S. 3

162. L u b l i n i t z , Prov.nzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Anstalt Chronik 1893—1910. Dir.: Dr. *Klinke.* (S. 342*.)

163. L ü b e c k , Staatsirrenanstalt. Bericht für 1910. Dir.: *Wattenberg.* (S. 346*.)

164. L ü b e n (Schlesien), Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1910. Dir.: Geh. San.-Rat Dr. *Simon.* (S. 34

165. L ü n e b u r g , Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1910. Dir.: San.-Rat Dr. *O. Snell.* (S. 345*.)

166. M a r i a b e r g (Württemberg), Heil- und Pflege-Anstalt für Schwachsinnige. Bericht für 1910/11. (S. 362*.)

167. M e e r e n b e r g , Verslag betreffende het Gesticht Meerenberg over het jaar 1910. Dir.: Dr. *van Walsem.* (S. 375*.)

168. M ü n c h e n , Königliche psychiatr. Klinik. Bericht für und 1909. Dir.: Hofrat Prof. Dr. *Kraepelin.* (S. 360*

169. M ü n s t e r l i n g e n (Thurgau), Kantonale Irrenheilanstalt. Bericht für 1910. Dir.: Dr. *Brauchli.* (S. 372*.)

170. N e u s t a d t in Holstein, Provinzial-Irrenanstalt. Bericht 1910. Dir.: Dr. *Dabelstein.* (S. 343*.)

171. N e u s t a d t i. Westpr., Provinzial-Irrenanstalt. Bericht 1910. Dir.: San.-Rat Dr. *Rabbas.* (S. 333*.)

172. N i e d e r n h a r t , Österreichische Landes-Irrenanstalt. Bericht für 1910. Dir.: Dr. *Schnopfhagen.* (S. 368*.)



73. O b r a w a l d e , Provinzial-Irrenanstalt. Bericht für 1910. San.-Rat Dr. *Dluhosch.* (S. 338*.)

74. O s n a b r ü c k , Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1910. Dir.: San.-Rat Dr. *Schneider.* (S. 346*.)

75. O w i n s k , Provinzial-Irrenanstalt. Bericht für 1910. Dir.: San.-Rat Dr. *Werner.* (S. 338*.)

76. P e r t h , 84. annual report of the Pennsylvania Training School for feeble-minded children. (S. 375*.)

77. P r é f a r g i e r , Maison de santé. 62. rapport annuel. Dir.: Dr. *Dardel.* (S. 374*.)

78. R h e i n p r o v i n z , Bericht über die Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalten für 1910/11. (S. 351*.)

9. R h e i n p r o v i n z , Hilfsverein für Geisteskranke. 10. Jahresbericht für 1910. (S. 378*.)

0. R o c k w i n k e l , Heilanstalt bei Bremen. Bericht für 1910. Besitzer und Leiter: Dr. *W. Benning.* (S. 349*.)

1. R o d a , Herzogliches Genesungshaus, Irren-Heil- und Pflege-Anstalt für Sachsen-Altenburg. Bericht für 1910. Dir.: Med.-Rat Dr. *Schäfer.* (S. 357*.)

2. R o d a , Herzoglich sächsisches Martinshaus, Idiotenanstalt für Knaben von 6—16 Jahren. Bericht für 1910. Dir.: Med.-Rat Dr. *Schäfer.* (S. 357*.)

3. R o s e g g (Solothurn), Kantonale Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1910. Dir.; Dr. *L. Greppin.* (S. 371*.)

4. R y b n i c k , Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1910. Dir.: Dr. *Zander.* (S. 341*.)

5. S a a r g e m ü n d , Lothringische Bezirks-Heil- und Pflege-Anstalt Bericht für 1910. Dir.: Geh. San.-Rat Dr. *Dittmar.* (S. 366*.)

6. S a c h s e n , Königreich, Das Irrenwesen im Jahre 1909. Leipzig 1911. Verlag von J. C. Vogel. (S. 353*.)

7. S a c h s e n b e r g , Großh. Mecklbg. Irren-Heil- und Pflege-Anstalt bei Schwerin i. M. Bericht für 1910. Dir.: Ob.-Med.-Rat Dr. *Matusch.* (S. 347*.)

8. S a n t i a g o (Chile), Movimiento de la casa de Orates de Santiago (Chile) en el año 1909. (S. 377*.)

9. S c h l e s w i g , Provinzial-Irren-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1910. Dir.: Prof. Dr. *Kirchhoff.* (S. 344*.)

190. *Schnurmans Stekhoven,* Voorloopig algemeen overzicht der ... weging in de Nederlandsche krankzinnigengestichten ... het jaar 1910. Psychiatrische en neurologische Blad... 1911, Nr. 3. (S. 375*.)

191. Schwetz, Westpreußische Provinzial-Irrenanstalt. Beri... für 1910. Dir.: San.-Rat Dr. *Schauen.* (S. 333*.)

192. Scotland, 53. annuel report of the general board of ... missioners in lunacy for Scotland. 1910. (S. 375*.)

193. Sigmaringen, Fürst-Carl-Landesspital. Bericht für 19... Dir.: San.-Rat Dr. *Longard.* (S. 366*.)

194. Sonnenhalde bei Riehen (Kanton Basel), Evange... Heilanstalt für weibliche Gemütskranke. 11. Bericht 1910... Dir.: Dr. *Bach.* (S. 372*.)

195. Stackeln, Livländische Landes-Heil- und Pflege-Anstalt ... Geisteskranke. Berichte von 1907—1910. Dir.: Dr. *A. ...* (S. 374*.)

196. Stephansfeld-Hördt, Elsässische Bezirks-Irrenan... Bericht für 1910. Dir.: San.-Rat Dr. *Rauschoff.* (S. 3...

197. Stetten i. Remstal (Württemberg), Heil- und Pflege-A... für Schwachsinnige und Epileptische. Bericht für 1910... Oberarzt: Dr. *Schott.* (S. 362*.)

198. St. Pirminsberg, Kantonale Heil- und Pflege-An... Bericht für 1910. Dir.: Dr. *Haeberlin.* (S. 373*.)

199. Tannenhof, Evangelische Heil- und Pflege-Anstalt ... Lüttringhausen (Rheinland). Bericht für 1910/11. ... Dr. *Beelitz.* (S. 352*.)

200. Tapiau, Ostpreußische Landespflegeanstalt. Bericht für ... Dir.: Dr. *Havemann.* (S. 332*.)

201. Taunton state hospital, Massachusetts. (S. 3...

202. Teupitz, Brandenburgische Landesirrenanstalt. Berich... 1910. Dir.: Dr. *Knörr.* (S. 334*.)

203. Tost (Oberschlesien), Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. ... richt für 1910. Dir.: San.-Rat Dr. *Schütze.* (S. 342*.

204. Ungarns Irrenwesen im Jahre 1910. Veröffentlicht ... Kgl. Ungar. Ministerium des Innern. (S. 369*.)

205. Waldau, Münsingen, Bellelay, Bernische k...



nale Irrenanstalten. Bericht für 1910. Dir.: Prof. Dr. *v. Speyer*, Dr. *Glaser*, Dr. *Hiss*. (S. 370*.)

6. **Waldhaus**, Kantonale Irren- und Krankenanstalt. Bericht für 1910. Dir.: Dr. *Jörger*. (S. 373*.)
7. **Wehnen**, Großh. Oldenburgische Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1910. Dir.: Med.-Rat Dr. *Brümmer*. (S. 349*.)
8. **Weilmünster**, Landes-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1910. Dir.: San.-Rat Dr. *Lantzius-Beninga*. (S. 350*.)
9. **Wiesloch**, Großh. Badische Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1909 und 1910. Dir.: Med.-Rat Dr. *Fischer*. (S. 365*.)
0. **Wil**, Kantonales Asyl (St. Gallen). Bericht für 1910. Dir.: Dr. *Schiller*. (S. 371*.)
1. **Württemberg**, Bericht über die im Königreich bestehenden Staats- und Privatanstalten für Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptische für 1909. Herausgegeben vom Kgl. Medizinalkollegium. Stuttgart 1911. W. Kohlhammer. (S. 361*.)
2. **Wuhlgarten**, Berliner städt. Anstalt für Epileptische. Bericht für 1910. Dir.: Dr. *Hebold*. (S. 336*.)
3. **Zürich**, Schweizerische Anstalt für Epileptische. Bericht für 1910. (S. 374*.)

In dem Handbuch für Bau, Einrichtungen und Betrieb der Krankenanstalten as deutsche Krankenhaus" hat *Weygandt* (107) den Abschnitt Irrenanstalten beartet. Die Abhandlung bringt einen zusammenfassenden Überblick über die Geıtspunkte, die bei dem Bau einer modernen Irrenanstalt maßgebend sind und ı sollen, und behandelt in besonderen Abschnitten die Anlage und Einrichtung einzelnen Teile derselben. Als Optimum der Krankenzahl werden 600 Plätze eichnet. Lage am besten in der Nähe einer Mittelstadt. Etwa 50 % der Kranken en in der geschlossenen Abteilung unterzubringen, 25—30 % der vorwiegenden tbehandlung bedürftig. Pavillonsystem ist am Platze, am besten mit je 30 höchstens 60 Plätzen. Die Wachsäle seien möglichst klein, in jedem 4—6, hstens bis zu 8 Betten. Gitter sind abzulehnen. Als Umfriedigung der Gärten den versenkte Mauern empfohlen. Die wichtigste Behandlungsmethode ist die tbehandlung (Freiliegekuren) und das Dauerbad, event. feuchte Einwicklungen. ıerbäder mit nicht mehr als 3 Wannen in einem Raum, empfohlen wird Einıtung zweier Räume nebeneinander mit je 3 Wannen, Trennung durch Schiebetür Fenstern. Isolieren und die Anwendung schlafmachender Arzneien sind auf Minimum zu reduzieren. Schottisches Wachsystem empfohlen. Beschäftigungsrapie wird besonders gewürdigt. „Die Familienpflege bedeutet einen der erfreu-



lichsten Fortschritte in der Irrenfürsorge." Zahlreiche Abbildungen aus alten und neuen Anstalten sind der Abhandlung beigegeben, in Plänen, Grundrissen usw. finden die Anleitungen zum Bau der einzelnen Abteilungen ihre Ergänzung und Erklärung.

Lugiato (59), Direktor der Irrenanstalt zu Sondrio, die unter seiner Leitung entstand, gibt unter Benutzung der Atlanten von *Bresler* und *Kolb* seine Erfahrungen über den Bau von Anstalten wieder und errichtet eine neue im Pavillonsystem erbaute Anstalt — in „Utopien". Hervorgehoben mag werden, daß Verf. die Isolierräume für gefährliche und gewalttätige Kranke nicht entbehren kann. Jeder Pavillon enthält einen Baderaum (Dauerbäder). Kosten etwa 3 Millionen Lire (für 650 Kr.), auf das Bett etwa 5000 Lire. (*Ganter.*)

Nach den Akten des alten Zucht- und Tollhauses zu Celle erzählt *Mönkemöller* (62) von der Handhabung der Psychiatrie durch die Ärzte des 18. Jahrhunderts. Auch damals schon deckte sich die praktische Handhabung der Psychiatrie mit der theoretischen Lehre keineswegs. Als Ätiologie spielte auch in jener Zeit bereits die Heredität eine große Rolle, ebenso der Alkohol. ferner auch die Witterung sowie mancherlei moralische Ursachen, Hochmut, Eifersucht usw. Auch über Diagnostik, Symptomatologie, Behandlung mit medikamentösen Mitteln, aber auch mit Beschäftigung, geben die Ausführungen interessante Aufschlüsse.

Glauning (34) gibt einen kurzen Überblick über die Entwicklung der staatlichen Fürsorge für Geisteskranke in Sachsen, die sich im Anfang, wie damals üblich, auf die Unterbringung der Kranken zusammen mit Sträflingen in gemeinsamen Zucht-, Armen- und Waisenhäusern beschränkte, und zwar zunächst in Waldheim (Eröffnung 1716) und Torgau (1730), bis vor 100 Jahren die Anstalt Sonnenstein zur Aufnahme von Geisteskranken bestimmt wurde.

Die Entwicklung des badischen Irrenwesens von der Zeit der Gründung des Pforzheimer Spitals für elende und arme Sieche im Jahre 1322 bis auf die heutige Zeit schildert kurz *Fischer* (30). 1842 war die Eröffnung von Illenau, 1878 die der Irrenklinik zu Heidelberg, 1886 derjenigen zu Freiburg, 1889 wurde Emmendingen, 1905 Wiesloch in Betrieb genommen. Zurzeit wird an der Fertigstellung der neuesten badischen Anstalt in Konstanz gearbeitet. Außerdem wird noch ein weiteres großes Projekt für das Mittelland geplant. Überfüllung der badischen Anstalten zurzeit 27,4 % gegenüber der Normalbelegung. 64,2 % aller Geisteskranken des Landes sind in staatlichen Heil- und Pflegeanstalten, 35,8 % in den nicht staatlichen Anstalten ohne eigentliche irrenärztliche Organisation. Auf 1000 Einwohner in Baden 1,84 Anstaltpfleglinge.

Zu seiner Denkschrift über den Stand der Irrenfürsorge in Baden vom Jahre 1909 bringt *Fischer* (31) noch einige Ergänzungen. Danach hat sich die Zahl der Geisteskranken in Irrenanstalten in den 80 Jahren seit 1830 um 17,9 mal stärker bzw. rascher vermehrt als die Landesbevölkerung. Der Jahresindex — der Zuwachs aller Anstalten pro Jahr — betrug 1872 noch 9, 1910 schon 149, zeigt also steigende Tendenz trotz aller Anstrengungen des Staates in der Bereitstellung neuer Anstaltsplätze. Die Ausgaben wuchsen von 132 700 M. im Jahre 1870 auf 2 345 800 M.



n Jahre 1908, das ist das 17,7 fache. Diese Verhältnisse sind in einer Anzahl von Kurven auch graphisch anschaulich dargestellt.

Wilmanns (111) lenkt die Aufmerksamkeit auf die *Fischer*sche Denkschrift ber den Stand der Irrenfürsorge in Baden. Die Überfüllung der Anstalten herrscht ach wie vor. Es ist jedoch außerdem noch ein beträchtliches Mehr von Kranken ußerhalb der Anstalten vorhanden, das wegen Platzmangels in den Anstalten keine ufnahme findet und deshalb in der Bevölkerung zurückgehalten wird. Es ist nzunehmen, daß nicht die absolute Zahl der Geisteskranken, sondern besonders hre Anstaltsbedürftigkeit in so starkem Wachstum begriffen ist. Ein zahlenmäßiger Beweis für die Behauptung einer fortschreitenden Degeneration der Rasse ist noch nicht erbracht. Wahrscheinlich ist es, daß mit dem Anwachsen der großen Städte auch die Gefahr der luetischen Infektion und mit ihr auch die Paralyse an Verbreitung gewonnen haben. Ebenso sind vielleicht auch die sogenannten Entartungszustände, Neurasthenien, traumatische Neurosen, Zwangsirresein, die Phobien, die leichten Depressionszustände im absoluten Wachstum begriffen.

Bresler (12) weist darauf hin, daß eine gewisse Entlastung der öffentlichen Irrenanstalten dadurch erreicht werden kann, daß die Frage der Entlassungs- möglichkeit bei den einzelnen Kranken möglichst individualistisch geprüft wird und dabei auch die äußeren Umstände berücksichtigt werden, die seinerzeit die Unterbringung des Pfleglings veranlaßten und mit deren Wegfall vielleicht der Versuch einer Verpflegung außerhalb der Anstalt in Frage kommt.

In seinem, mit zahlreichen Abbildungen und Skizzen versehenen „Beitrag zur Abwässerbeseitigungsfrage" verbreitet sich *Thumm* (101) eingehend über die wichtige Frage der Beseitigung von Abwässern in öffentlichen Krankenhäusern, Genesungs- und Erholungsheimen usw. Die Arbeit enthält wichtige Gesichtspunkte für alle, die sich mit dem Bau und der Einrichtung von Krankenanstalten und dergleichen zu befassen haben. Es werden darin die zur Reinigung der Abwässer gebräuchlichen Verfahren, die mechanischen, mechanisch-chemischen auf der einen Seite und die biologischen Abwässerreinigungsverfahren auf der andern Seite besprochen. „Die hinsichtlich der einzelnen Reinigungsverfahren gemachten Angaben, bei denen, wo es notwendig schien, auch auf größere Verhältnisse Bezug genommen wurde, geben die wichtigsten Anhaltspunkte wieder, die bei der Einrichtung und dem Betriebe von Abwasseranlagen der in Rede stehenden Art Beachtung zu finden haben, falls Mißerfolge nach Möglichkeit vermieden werden sollen."

Heck (40) beschreibt die elektrischen Anlagen in der Walderholungsstätte im Stadtwalde zu Rheydt, die insofern ganz besonders interessant sind, als nicht nur die Beleuchtung, sondern auch die Heizung und die Kochapparate auf elektrischem Wege betrieben werden. Die Einrichtung ist sehr leicht zu bedienen und hat sich bisher gut bewährt.

Haardt (38) berichtet über die guten Erfahrungen, die man in Emmendingen mit der Durchführung der Dauerwache gemacht hat. Es besteht zweiwöchentlicher Turnus; der Dienst beginnt um 9 und dauert bis 7 bzw. 8 Uhr. Tagsüber sind die Nachtwachen dienstfrei, sie schlafen bis 1 Uhr nachmittags, gehen von 2—5 Uhr



spazieren und schlafen dann wieder bis kurz vor Beginn der Wache. Beso... Verpflegung.

Zweig (112) empfiehlt zur Verhütung des Decubitus das in Dalldorf ... langem geübte Verfahren: Lagerung in Holzwolle, Waschungen mit Essigwa... in therapeutischer Hinsicht Kamillenbäder im Verein mit Zinksalbe, in schwe... Fällen mit Höllensteinperubalsamsalbe, event. Exstirpation alles Nekrotischen ... radikale Spaltung von Gängen. — Es wird viele geben, die der Lagerung in H... wolle die Behandlung mit Dauerbädern vorziehen.

Rein (77) beschreibt eine Vorrichtung zur Erhaltung konstanter Wass... temperaturen im Dauerbad, die in einem um die Wanne herumgeführten, von ... Mantel umgebenen, an die Niederdruckdampfheizung angeschlossenen Röhr... system besteht, durch welches eine gleichmäßige Temperatur des in der Wa... befindlichen Badewassers erreicht wird.

Sternberg (98) beschreibt kurz die durch Umbau modernisierte Kochkü... des städtischen Krankenhauses zu Darmstadt, in der Hauptküche und Bratkü... getrennt sind und die daher zum Teil der Forderung der Dezentralisation entspr... die *Sternberg* seit langem für die Krankenhausküchen aufgestellt hat.

In seiner „Diät und Küche" will *Sternberg* (97) eine Einführung in die a... wandte Ernährungstherapie geben. Er behandelt im ersten, kleineren Absch... die menschliche Nahrung und die menschliche Ernährung in der Tiermedizin ... in der Humanmedizin, sowie Bezeichnung und Begriff von Diät und Küche, wäh... der zweite Abschnitt über Diät und Küche, der dritte über Diät und Küche in ... Therapie handeln. Eine ausgedehnte Polemik mit Exkursionen auf das histor... Gebiet von Sokrates bis Goethe und philosophisch-ästhetische Betrachtung... manchmal nur lockeren Zusammenhangs mit dem Thema, zeichnen die Ausführun... aus. Wer mit der hohen Erwartung an die Lektüre geht, die das „mannha... Selbstbewußtsein", ja die „kühne Unerschrockenheit" des Vorwortes in ihm ... wecken und wer glaubt, für rein praktische Zwecke reiche Anregung und Belehr... zu finden, wird vielleicht enttäuscht sein.

Schmidts (86) Ausführungen beleuchten die Schwierigkeiten, die dem Küch... betrieb heute in den großen Krankenanstalten erwachsen. Die Lösung des P... blems findet er in der Errichtung einer besonderen Diätküche, wie sie *Stern...* fordert, neben der allgemeinen Zentralküche. Eine solche in der Halleschen me... zinischen Klinik hat sich bisher gut bewährt.

Strassner (100) gibt eine ausführliche Beschreibung der neuen Diätkü... in der medizinischen Universitätsklinik zu Halle. Einer Besprechung der E... richtungen und des Betriebes in der Kochküche, Spülküche und kalten Küch... die getrennt sind, schließen sich Anweisungen und Tabellen über Zusammensetzu... und Art einzelner Speisen noch Gewicht, Preis, Eiweiß-, Fett-, Kohlehydra... Kochsalzgehalt und Kalorienzahl an.

Specht (93) untersucht die Frage, weshalb die Familienpflege in Bayern ... schlecht gegen die in andern Ländern, z. B. in einzelnen Provinzen Preußens, a... schneidet. Die Hemmnisse für eine günstige Entwicklung der bayerischen Fa... milienpflege liegen nach ihm besonders in dem bayrischen Armenrecht, für d...



›ch das Heimatsprinzip gilt und durch welches besonders kleine Gemeinden schwer ›lastet werden. Infolgedessen werden Kranke, die für die Familienpflege besonders ›eignet sind, den Anstalten entzogen und anderweitig billiger untergebracht, ährend von den in den Anstalten verbliebenen Pfleglingen sich nur ein ganz genger Prozentsatz zur Familienpflege eignet. Mehrfache Versuche verschiedener ayrischer Anstalten zur Einrichtung der familiären Verpflegung von Geisteskranken nd deshalb wenig erfolgreich gewesen. In einigen Kreisen verhält sich auch die ›evölkerung ablehnend oder eignet sich nicht besonders zur Aufnahme von ›eisteskranken. Eine erhebliche Ersparnis durch Einrichtung einer ausgedehnten ›amilienpflege wäre für Bayern kaum zu erwarten. Besserung der jetzigen mangelıaften Verhältnisse hofft Verf. von der neuen bayrischen Heimat- und Armen›esetzgebung.

Nach *Kolb* (49) ist die Familienpflege das natürliche Schlußglied der fortchreitenden freiheitlichen Entwicklung der Anstalten. Diejenigen Heil- und Pflegeınstalten, die die Familienpflege nicht entwickeln, bieten das Zeichen einer relativen ›ückständigkeit. Er führt eine Anzahl Gegengründe gegen die am meisten geıußerten Bedenken gegen die Familienpflege an und plaidiert eifrig für die Einrich›ung einer möglichst ausgedehnten Familienpflege an möglichst allen Anstalten ın Verbindung mit auch im übrigen freier Behandlung. Quantitativ bedeutender ıst die Familienpflege der Imbezillen und Idioten, therapeutisch wichtiger die familiäre Verpflegung der Geisteskranken, besonders für die residuären Defektzustände der Dementia praecox. Die Verhältnisse in Bayern liegen für die Entwicklung der Familienpflege der Geisteskranken ungünstig, weil dort große Gruppen von Geisteskranken, und zwar gerade die für die Familienpflege am meisten geeigneten Formen, außerhalb des Kreises der einheitlichen Irrenfürsorge und der spezialärztlichen Behandlung stehen (nämlich die in den Pflegeanstalten untergebrachten). Auch die durchschnittlich geringe Entwicklung der offenen Verpflegungsformen und des agrikolen Betriebes ist hinderlich. In Kutzenberg wird ausgiebig die Verpflegung in der eigenen Familie des Kranken mit Erfolg geübt, unter dauernder Kontrolle seitens der Anstalt. Die Hebung der bayrischen Familienpflege wird von der Änderung des bayrischen Heimatgesetzes erhofft.

Belletrud et *Froissart* (7): Da der Präfekt dem Direktor das Recht gegeben hat, den Termin für beurlaubte Kranke immer wieder zu verlängern, wird der Familienpflege durch Wegfall von allerlei Formalitäten leichter der Weg geebnet. (*Ganter.*)

Rodiet (80) möchte auch die Pensionäre und die schwachsinnigen Kinder in der Familienpflege unterbringen. Er ist für kleinere Kolonien mit etwa 300 Kranken unter Aufsicht eines Arztes. Mehrere Departements könnten eine gemeinsame Kolonie schaffen. (*Ganter.*)

Damaye (17, 18) möchte die heilbaren und unheilbaren Fälle voneinander getrennt sehen, damit den ersteren der gesamte therapeutische Apparat der allgemeinen Medizin zugute käme. Die Irrenanstalten sollten ein besonderes Haus haben für frische und heilbare Fälle. Die Kranken sollten da ebenso aufgenommen und entlassen werden können wie in einem Krankenhaus, also ohne alle juristischen



Formalitäten. Vor allem käme hier die Behandlung der Intoxikations- und [illegible]fektionspsychosen und der Psychoneurosen in Betracht. In Paris hat D[illegible] von der Salpêtrière eine derartige Einrichtung zur Behandlung der Psychon[illegible] getroffen. (Gaster[illegible]

Tödter (102) schildert eine Typhusepidemie in der Landesirrenanstalt G[illegible]heim, die im September 1909 ausbrach. Im Anschluß an einen Typhusfall bei [illegible] Küchenangestellten erkrankten trotz aller Vorsichtsmaßregeln im ganzen 4[illegible] [illegible]sonen, wahrscheinlich aber nicht in ursächlichem Zusammenhang mit dem Fa[illegible] der Küche, sondern ausgehend von 3 Bazillenträgern. Eine große Zahl von Kra[illegible] zeigte außer positivem Widal überhaupt keine Krankheitserscheinungen. [illegible] Bazillenträger werden dauernd isoliert gehalten und wöchentlich einmal auf Ba[illegible] untersucht. Es zeigen sich öfter 4 bis 5 negative Proben hintereinander, um [illegible] wieder mit einer reichlich Bazillen enthaltenden abzuwechseln.

Über 4 kleine Typhusepidemien in der Heil- und Pflegeanstalt Eglfin[illegible] [illegible]richtet *Ast* (3). Die dortigen Epidemien sind typische Beispiele für die Entsteh[illegible] durch Kontakt, verursacht durch je einen Bazillenträger. Sie gehen auf k[illegible] gemeinsame Ursache zurück und stehen untereinander in keinem ursächl[illegible] Zusammenhang. Es werden jetzt in Eglfing sämtliche weibliche Zugänge auf [illegible] Agglutiningehalt des Blutes untersucht, ebenso werden Stuhl und Urin dersel[illegible] einmal untersucht. Auch Agglutinationswerte von 1 : 40 haben Bedeutung. Bazil[illegible]träger werden isoliert. Interessant ist die Geschichte eines Falles, bei dem [illegible] große, wahrscheinlich typhöse Geschwüre im Darm gefunden wurden, wäh[illegible] der Widal und Stuhl- und Urinproben stets ein negatives Resultat *gegeben* ha[illegible]

Die große Typhusepidemie in Hubertusburg vom Jahre 1908 beschre[illegible] ausführlich *Günther* und *Böttcher* (37). Seit Jahren besteht in Hubertusb[illegible] Typhus mit einer Mortalität von fast 40 %. Der fortwährende Wiederausbr[illegible] des Typhus erfolgte nie durch Einschleppung von außen, sondern stets au[illegible] Anstalt selbst heraus. Bis Ende Februar 1911 hat man nun 21 weibliche Bazil[illegible]träger und 33 verdächtige Agglutinanten festgestellt, davon die Mehrzahl in [illegible] sogenannten „Versorghäusern", in denen seit Jahren die schwersten Typhusf[illegible] vorgekommen waren. Alle Neuaufnahmen und das eintretende Personal wu[illegible] bakteriologisch untersucht. Wasserspülung mit biologischer Kläranlage ist be[illegible]tragt, da die Verbreitung des Typhus auf der sonst ganz typhusfreien Män[illegible]abteilung durch die mit Reinigung und Abfuhr der Tonnen beschäftigten Män[illegible] erwiesen ist. Die Sektion einer Bazillenträgerin ergab Reinkulturen von Typh[illegible]bazillen in Milz, Gallenblaseninhalt und Knochenmark. Die Isolierung der Dau[illegible]ausscheider und Bazillenträger und die sorgfältige Desinfektion der Exkreme[illegible] Wäsche usw. wird nach wie vor bei der Bekämpfung des Typhus in Anstalten [illegible] das einzig Richtige gehalten.

Die Typhusepidemie in Conradstein (104) ist wahrsche[illegible]lich durch Einschleppung von außen entstanden. Es erkrankten im ganzen [illegible] Männer und 65 Frauen, davon 12 bzw. 18 Personen des Pflegepersonals und 14 B[illegible]amte und sonstige Angestellte. Von den 19 Verstorbenen wurden bei 5 dur[illegible] die Sektion andere Krankheiten als Todesursache festgestellt. Die Untersuch[illegible]



: sämtlichen Anstaltsinsassen und des Personals samt Angehörigen ergab 21 Ba-
lenträger, von denen 2 Frauen jetzt noch Ausscheiderinnen sind. Isolierung
r Kranken, Verdächtigen und Bazillenträger. Die Ausbreitung der Krankheit
olgte trotz sorgfältigster Desinfektion. Bei der Bekämpfung der Epidemie
t ein von den Höchster Farbwerken bezogenes Serum gute Dienste.

Boehncke (9) berichtet von einer Ruhrepidemie, bei der ein Dauerausscheider
n *Shiga-Kruse*-Bazillen eine große Anzahl von Mannschaften eines Pionier-
taillons infizierte. Es erhellt daraus wohl die Berechtigung der Forderung,
ıhrrekonvaleszenten auch nach völliger klinischer Genesung bakteriologisch ebenso
ı beobachten, wie das bei Typhusrekonvaleszenten geschieht.

Perdrau (68) berichtet über eine Dysenterieepidemie in dem Devon County
sylum. Im Winter nahmen die Erkrankungsfälle zu. Besonders wurden die
'ementen ergriffen, 71 % aller Fälle. Beginn der Erkrankung mit Erbrechen
nd plötzlicher Temperatursteigerung, noch vor der Diarrhöe. Im Stuhl Blut
nd Schleim. Hypostatische Pneumonie war die häufigste Komplikation. In
.nem Falle Perforation. Behandlung mit Abführmitteln (Magnesium und Natrium-
ılphat), dann Adstringentien (Catechu). Diät: Milch und Arrowroot. Gegen
'enesmus mehrmals im Tage Kaltwassereinläufe. Von den Erkrankten starben
7,6 %. Rückfälle 8 : 117 Genesene. (*Ganter.*)

Erskine (29) will beobachtet haben, daß Nierenkrankheiten und Influenza
len Ausbruch der Dysenterie begünstigen. (*Ganter.*)

Topp (103) lobt die guten Dienste, die ihm bei der Ernährung in Schwäche-
zuständen von Nerven- und Gemütskranken der verschiedensten Art, sowohl bei
organischen wie bei funktionellen Leiden, das Nährpräparat „Kufeke" geleistet hat.

Beyer (8) betont den großen Wert der Nervenheilstätten für die Kranken-,
Unfall- und Invalidenversicherungen und sieht im Zusammenarbeiten der Ver-
sicherungen mit den Nervenheilstätten mit Recht große Vorteile für beide Teile.

Alter (1) hat aus Anlaß des 100 jährigen Bestehens der Fürstl. Lippischen
Heil- und Pflege-Anstalt Lindenhaus einen kurzen Abriß der Geschichte dieser
Anstalt geschrieben, der in interessanter Weise die Entwicklung der ganzen Psychia-
trie überhaupt während des letzten Jahrhunderts widerspiegelt. Lindenhaus ist
1811 von der weitblickenden Fürstin Pauline von Lippe gegründet und ist heute
trotz des hohen Alters eine moderne Anstalt.

Petersen-Borstel (69) beschreibt die Entstehung und die jetzigen Einrichtun-
gen der Anstalt Plagwitz a. Bober. Die Anstalt setzt sich zusammen aus dem alten,
aus dem 16. Jahrhundert stammenden Schlosse, das nach Möglichkeit modernen
hygienischen Anforderungen angepaßt ist, und dem neueren Teil, dessen Bauten
von 1898 ab entstanden sind.

Stoltenhoff (99) gibt eine kurze Geschichte und Beschreibung der Anstalt
Kortau, die 1911 auf ein 25 jähriges Bestehen zurückblicken konnte, und berührt
zugleich einige das Irrenwesen in der Provinz Ostpreußen betreffende Fragen.
Der große Zugang zu den Heil- und Pflegeanstalten erklärt er mit den Folgen des
Gesetzes vom Jahre 1891 und mit dem allmählichen Schwinden des Mißtrauens



gegen die Anstalten. Im Jahre 1877 betrug der Provinzialzuschuß für Al...
182 600 M., jetzt dagegen für die ostpreußischen Anstalten 1 558 300 M.

Bei den Potsdamer Provinzialanstalten wurde im Juni 1911, wie Gal... berichtet, ein Haus für psychopathische weibliche Fürsorgezöglinge, Hel... eingeweiht., Es ist für 20 schulentlassene und 30 schulpflichtige Zöglinge best... die durch ihr ganzes Wesen, besonders durch ihre antisozialen Eigenschaften s... die erzieherische Tätigkeit an den Erziehungsanstalten als auch die nach... Behandlung an den Krankenanstalten stören. Die kleine Anstalt wird selbst... wirtschaften. Geplant werden in der Provinz Brandenburg noch ein Hau... 50 männliche psychopathische Zöglinge und eine Anstalt für schulentlassene ...liche Zöglinge.

Lechner (54) gibt eine Beschreibung der Klinik für Nerven- und Ge... kranke zu Kolozsvàr (Klausenburg) in Ungarn. Die Klinik ist 1900—190... endet, 1902—1903 durch Zubau des Nervenpavillons und der Direktorwoh... ergänzt. Sie umfaßt zurzeit 10 Pavillons mit ursprünglich 160, jetzt 260 B... Die Baukosten betrugen 1 042 000 M., die Gesamtkosten für jedes Bett ... Abbildungen und Grundrisse vervollständigen die Beschreibung.

Quensel (75) bringt eine ausführliche, mit Abbildungen ausgestattete Be... schreibung der neuen Unfallnervenheilanstalt Bergmannswohl bei Schke... Die Anstalt ist von der Knappschaftsberufsgenossenschaft erbaut und Ende ... eröffnet. Sie ist mit allen modernen Einrichtungen versehen, um ihren Zw... Untersuchung, Beobachtung und Begutachtung Unfallnervenkranker, ausg... zu erfüllen. Der Raum reicht zurzeit für 100 Kranke, kann aber ohne Schwier... keiten auf 200 Plätze erweitert werden.

Hrase (42) schildert die neue böhmische Landes-Irrenanstalt Bohnitz, de... Bau 1906 begonnen ist und die Anfang 1911 ihrer Benutzung zugeführt w... Sie ist im Pavillonsystem gebaut und zerfällt in die Zentralanstalt für unge... 1500 Kranke, die Kolonie mit 300 und das Pensionat mit 200 Plätzen. Es best... außer einem Pavillon für infektiöse Krankheiten je 1 Pavillon zu 60 Betten für... Behandlung der an Tuberkulose leidenden Kranken mit Liegehallen. In der Zentr... anstalt sind 38 Wachabteilungen. Es bestehen besondere Wohn- und Schlafräu... für das Wartepersonal. Sämtliche Einrichtungen stehen auf der Höhe der me... zinischen und technischen Errungenschaften.

Die neue Heil- und Pflege-Anstalt für Unterfranken zu L o h r (57) is... Bau begriffen. Die Stadt hat 5000 Einwohner und ist Schnellzugstation. ... Belegstärke ist auf 800 Kranke, davon 100 in Familienpflege, festgesetzt. ... Eröffnung ist für Herbst 1912 in Aussicht genommen, zunächst für 500 Kran... Die Mehrzahl der Krankenhäuser ist im Rohbau fertig. Der Gutshof ist bere... von Kranken aus Werneck bezogen. Die Kosten belaufen sich auf 4 690 000 M., davon 377 616 M. für Grunderwerb.

Glüh (35) berichtet über seinen Besuch der Hygieneausstellung in Dresd... Er erkennt das großartige Gelingen der Ausstellung an; auch für den Psychia... enthielt sie viel gutes Anschauungsmaterial, das neue Anregung zu geben imstande is...

Ladame (52) hat die Anstalt Uchtspringe besucht und berichtet der Ve...



igung der Schweizer Irrenärzte zu Bern am 27. November über die günstigen ndrücke, die er bei diesem Besuch von der Entwicklung deutscher Irrenpflege kommen hat.

Sauermann (84) hat im Sommer 1909 sieben englische offene Irrenanstalten sucht, und zwar Bethlem, Royal Hospital in London, Littlemore, Oxforder ezirksanstalt, die Londoner Bezirksanstalten Claybury, Hanwell, Long Grove, rner die Kriminal-Irrenanstalt Broadmoor und Prestvich, Lancashirer Bezirks-ıstalt. Claybury, Hanwell und Prestvich haben bei einer Krankenzahl von über 500 nur 7 Ärzte, mit Ausnahme des Londoner Bethlem auch verhältnismäßig eniger Pflegepersonal als die deutschen Anstalten. In den meisten Anstalten eichlich Gummizellen (padded rooms), zum Teil mit mangelhaften, wasserdurch-ıssigen Polsterungen. Spärliche Bettbehandlung, viel Spiele, wenig Unruhe. No-restraint herrscht überall im vollsten Maße.

Dobrick (20—24) beschäftigt sich mit dem Problem, wie der ständigen Zu-ıahme der Geisteskrankheiten und damit der drängenden Anstalts- und Platznot bzuhelfen sei. Um zugleich das lebhafte Mißtrauen der Masse gegen die Psychiatrie zu vermindern und die Leistungen der Psychiatrie als Erfahrungswissenschaft zu zeigen, schlägt er vor, statt der symptomatischen Behandlung in den Anstalten das Übel an der Wurzel zu fassen und die Entstehung der Geisteskrankheiten mit Hilfe der Gesetzgebung nach Möglichkeit zu verhindern. Besonders kommen nach ihm in der Beziehung die Abstinenz und die Frage der Eheschließung in Betracht, um den Alkohol und die Lues mit ihren Folgen für die Nachkommenschaft auszuschließen und damit eine „psychiatrische Hygiene" zu schaffen. Der Verfasser verkennt nicht, daß der Verwirklichung seiner Ansichten und Vorschläge besonders praktische Bedenken entgegenstehen.

An andern Orten kommt *Dobrick* ebenfalls zu dem Ergebnis, daß an dem Mißtrauen des Volkes gegen die Psychiatrie ihre therapeutische Ohnmacht schuld ist. Das Radikalmittel dagegen ist der therapeutische Erfolg. Diesen erhofft Verfasser von der Gründung eines „großzügigen Forschungsinstitutes für die Psychiatrie", das mit der ausgesprochenen Tendenz zu gründen wäre, vor allem praktische Erfolge zu schaffen. Darin wäre die „psychiatrische Elite" zu zentralisieren und ihr die notwendigen materiellen Forschungsbedingungen zu schaffen. Alle übrigen Vorschläge, Aufklärung des Publikums usw., gehören nach ihm zu den kleinen, rein symptomatischen Mitteln.

Becker (6) ist mit den Ausführungen *Dobricks* im ganzen einverstanden, weist aber auf die Schwierigkeiten hin, denen das Projekt eines Zentralinstitutes für irrenärztliche Forschung, besonders in pekuniärer Hinsicht, begegnen wird. Die Ausbildung der Irrenärzte ist heutzutage nach ihm doch nicht so mangelhaft, wie *Dobrick* meint. Um dieselbe noch weiter zu vervollkommnen, empfiehlt *Becker* Austausch der Assistenten an den psychiatrischen Kliniken mit den Anstaltsärzten für 1 Jahr.

Auch *Weber* (105) äußert sich zu den Vorschlägen *Dobricks*. Mit Recht weist er zunächst darauf hin, daß die Provinzialanstalten in mancher Beziehung Ähnlichkeit mit den großen Krankenhäusern haben und sehr wohl imstande sind, wichtige



praktische, auch therapeutische Aufgaben zu erledigen und für die wissenschaftliche Erforschung der Endzustände, Prognosestellung usw. wertvolles Material zu liefern. Dazu genügen auch die wissenschaftlich technischen Hilfsmittel der meisten Anstalten und auch die jetzige Ausbildung ihrer Ärzte. Bedeutsam ist dabei die Tätigkeit des Direktors, der sich den Blick für die großen Gesichtspunkte bewahren muß, um seinen Ärzten stets neue Anregung zu geben und damit sich und seine Anstalt ärztlich und wissenschaftlich auf einer gewissen vorbildlichen Höhe zu halten.

Leppmann (55) untersucht die Frage, auf welche besonderen Eigenarten der seelischen Erkrankungen und auf welche Mängel der Gesetzeslage sowie auf welche Eigenarten der Volksanschauung die Beunruhigung der öffentlichen Meinung zurückzuführen ist, die sich in der letzten Zeit gehäuft in den Angriffen der Tagespresse auf die Psychiatrie, zurzeit besonders auf die Privatanstalten, Luft macht. Seine beachtenswerten Ausführungen gipfeln in folgenden Vorschlägen: „Wir brauchen ein Irrengesetz, welches die Anstaltsunterbringung Kranker bis ins kleinste regelt. Wir brauchen eine Ergänzung unserer bürgerlichen Gesetzgebung über die Beschränkung der Geschäftsfähigkeit Erkrankter in der Weise, daß die jetzt noch möglichen Schädigungen Kranker und Belästigungen Gesunder vermieden werden."

Schlöß (85) unterzieht die einzelnen Abschnitte vom Entwurf des neuen österreichischen Irrenfürsorgegesetzes einer eingehenden Besprechung und kommt zu dem Schluß, daß derselbe nicht einfach abgelehnt werden soll, da er neben manchen Mängeln und Lücken auch manchen Fortschritt in sich birgt und in veränderter Fassung eine allgemein befriedigende Form annehmen könnte. Einzelne Abänderungsvorschläge werden gemacht. Nach *Schlöß* wird die Reaktion gegen das neue Irrengesetz erst verstummen, wenn in ihm folgenden drei Faktoren Gerechtigkeit widerfährt: Schutz für die Geisteskranken innerhalb und außerhalb der Anstalten, Schutz für die große Masse der geistig Gesunden vor den Geisteskranken, und endlich auch Schutz und Recht für den Irrenarzt gegen unberechtigtes Mißtrauen und die Angriffe auf seine Person.

Die Stellung des Anstaltsarztes der Öffentlichkeit und den Behörden gegenüber untersucht *Autengruber* (5). Nach ihm sind die mit dem Psychiater und den Anstalten Unzufriedenen die Imbezillen, in specie die moralisch Minderwertigen innerhalb und außerhalb der Anstalt, die die Anstalt gerade so als sicherheitspolizeiliche Haft empfinden und fürchten wie die Gefängnisse. Zur Abstellung dieses Mißtrauens soll man sich die Mitarbeit der anständigen Presse sichern, außerdem aber schlägt *Autengruber* die Anstellung besonderer Vertrauensmänner in jeder Gemeinde vor, welche die Anstalt in allen Angelegenheiten zu unterstützen hätten, die die Interessen der in den Anstalten untergebrachten Geisteskranken berühren, z. B. anamnestische Daten zu liefern, für die Entlassenen zu sorgen usw. — Die beiden österreichischen Gesetzentwürfee über die Entmündigung und die Fürsorge für Geisteskranke werden sehr abfällig kritisiert.

Näcke (64) betont die Notwendigkeit ärztlicher Leitung an den Defektenanstalten und fordert dieselbe besonders für Idioten- und Schwachsinnigen-, Epileptiker- und Taubstummenanstalten sowie für Fürsorgezöglinge und auch für Ge-

ıgenenanstalten. Für alle diese Anstalten ist der Arzt die geeignete Persönlich- t, die in den meisten Fällen besser imstande sein wird, für geistig Defekte zu ·gen, ihre Entwicklung und Erziehung zu überwachen, als die meisten Laien- ·ektoren. Damit würde nicht nur den Insassen der betreffenden Anstalten am sten gedient sein, sondern vor allem dem großen Ganzen.

Schob (87) hält die jetzige Versorgung der chronisch Kranken (Siechen) cht für ausreichend und empfiehlt zur Abhilfe Umänderung der Siechenanstalten reine Krankenanstalten, Zentralisierung der Siechen in größeren Anstalten, nstellung von Ärzten im Hauptamt, Vermehrung und Hebung des Personals, erbesserung der Einrichtungen für Krankenbehandlung und Krankenpflege.

Für die Pflege der gefährlichen und schädlichen Geisteskranken ist nach *van)eventer* (19) eine mit einer kompletten Irrenanstalt verbundene Sonderabteilung m Platze, die er näher beschreibt. Diese Sonderabteilung ist eine Durchgangs- tation, die der gefährliche Geisteskranke zu durchlaufen hat, damit er lerne, sich ıem Anstaltsleben anzupassen. Eine systematische Untersuchung und Beobachtung ler Insassen der Strafgefängnisse ist dienlich, die rechte Anstalt für diesen Zweck wäre ·in Gefängnis-Annex. Für die geistig Minderwertigen ist die Pflege in einer Zwischenanstalt, welche den Charakter eines Arbeitssanatoriums trägt, zweckmäßig. Methodische Untersuchung der heranwachsenden Jugend ist notwendig.

Kerris (47) glaubt, daß entsprechende Erziehung und Ausbildung des Pflegepersonals schließlich jede Art von Zwang, auch Narkotika, feuchte Einpackungen, Dauerbäder, übermäßig lange Bettruhe usw. überflüssig machen wird. Er hält es für zweckmässig, wenn jede Provinzverwaltung an einer ihrer Anstalten eine Zentrale für den Pflegeunterricht errichtet und hier das Lernpflegepersonal die erste entsprechende Ausbildung erhält.

Sommer (91) verbreitet sich über die Gründe, die für die Ablehnung seines Vorschlages, eine besondere psychiatrische Abteilung bei dem Reichsgesundheits amt zu errichten, maßgebend gewesen sind. Nach ihm sind bei der Behandlung der Frage in der Petitionskommission des Reichstages nur Bedenken gegen die Einrichtung einer klinischen Abteilung erhoben worden, die er zu zerstreuen sucht. Er ist nach wie vor von dem großen Nutzen überzeugt, den eine derartige Einrichtung beim Reichsgesundheitsamt — im Notfalle event. ohne die geforderte kleine Klinik — bringen würde, und glaubt, daß dieselbe nicht nur theoretisch notwendig, sondern auch praktisch möglich ist.

Zu dem *Sommer*schen Vorschlage nimmt *Alzheimer* (2) Stellung. Wenn von dem Projekt einzelne Teile, wie die Abteilung für forensische Psychiatrie, die Einrichtung einer klinischen Abteilung, abgetrennt und ausgeschieden würden, wären die übrigen Ziele, die *Sommer* mit dieser Einrichtung erreichen möchte, ganz im Rahmen der Aufgaben des Reichsgesundheitsamtes, so besonders eine groß angelegte Statistik, eine ausgedehnte Ursachenforschung mit besonderer Berücksichtigung der Vererbung, systematischer Familienuntersuchungen usw. Es ist deshalb zu wünschen, daß *Sommers* zunächst abgelehnter Vorschlag mit einigen Änderungen später doch im Prinzip zur Annahme gelangen möge, besonders da auch in andern Staaten, wie in Amerika, ähnliche Institute für Rassenhygiene bereits bestehen.



Auch *Auerbach* (4) hält die Einrichtung einer neurologisch-psychiatrischen Sektion am Reichsgesundheitsamt für wünschenswert, die ihr Augenmerk auf die Prophylaxe der Nervenkrankheiten, die Erforschung und Beseitigung ihrer äußeren und inneren Ursachen zu richten hätte in ähnlicher Weise, wie es bei den Infektionskrankheiten bereits geschieht.

Prinzing (74) weist auf die Schwierigkeiten hin, die eine Zählung der Geisteskranken bietet. Die Frage der Möglichkeit einer wissenschaftlichen Zählung der Geisteskranken muß bejaht werden, aber nur unter der Voraussetzung, daß eine genügende Anzahl psychiatrisch vorgebildeter Ärzte zu dieser Zählung herangezogen werde. Die bisherigen Statistiken haben in der Beziehung keine sicheren Ergebnisse geliefert, auch die Anstaltsstatistiken nicht, die dagegen über die Krankheitsursachen gute Anhaltspunkte gegeben haben. Auch die Statistik des angeborenen Blödsinns ist verbesserungsbedürftig.

Im Jahre 1907 hat eine Zählung der im schulpflichtigen Alter befindlichen schwachsinnigen, taubstummen und epileptischen Kinder des Kantons Appenzell A. Rh. stattgefunden, über deren Ergebnis *Koller* (50) berichtet. Im einzelnen werden zunächst die schwachsinnigen und weiterhin die taubstummen und epileptischen Kinder in bezug auf ihre mannigfachen körperlichen und psychischen Besonderheiten durchgenommen, insbesondere sowohl mit Rücksicht auf Sprach- und Gehfähigkeit, Seh- und Hörvermögen, Kopf- und Gesichtsbildung, Charakter usw., als auch auf Gedächtnis, Begriffs- und Urteilsvermögen, Erblichkeit. Die Resultate einer Nachzählung der im Jahre 1897 gezählten geistig gebrechlichen Schulkinder sind angeschlossen. Zahlreiche Tabellen und einige Schemata von Zählkarten sind beigegeben.

Die Bezirksanstalt für Geisteskranke zu Kasan in Rußland (45) ist im Jahre 1869 für 200 heilbare Kranke des Bezirkes Kasan eröffnet. Ihre Leitung war anfangs verbunden mit der Professur für Psychiatrie an der Universität Kasan, so daß sie längere Zeit den Charakter einer Universitätsklinik trug. Später wurde sie ihrer eigentlichen Bestimmung als Bezirksanstalt wieder zugeführt und mehr und mehr vergrößert. Zurzeit zählt sie rund 1000 Kranke und verfügt über einen modernen Betrieb. „Irgendwelche besonderen Couchetten des früheren Typus oder besondere spezielle Zimmer für unruhige Kranke gibt es nicht, ebensowenig Gegenstände des restraint.“ Reichliche, individualisierende Beschäftigungstherapie. Eine besondere gerichtlich-psychiatrische Abteilung für 80 Personen, die ebenso wie die übrige Heilanstalt auch für Lehrzwecke an der Universität dient, ist seit einiger Zeit in einem eigenen Gebäude untergebracht.

Pilgrim (71) gibt einen geschichtlichen Überblick über die Entwicklung des Irrenwesens im Staate New York. Die erste öffentliche Irrenanstalt wurde 1839 eröffnet, während seit 1797 bis dahin Geisteskranke in einem Teil des New Yorker Krankenhauses aufgenommen worden waren. Außerdem gab es zu Anfang des 19. Jahrhunderts noch 3 Privatanstalten, 1843 Eröffnung einer neuen Staatsanstalt. Man rechnete damals einen verpflegten Geisteskranken auf 3413 Einwohner, 1910 war das Verhältnis 1 : 278. 1855 verpflegte diese Anstalt 294 Kranke, 1352 dagegen fielen auf die 53 Armenhäuser. 1859 Gründung des Auburn Asylum für geistes-



kranke Verbrecher. Weitere Anstalten errichtet 1865, 1871, 1874 (dieses homöopathisch), 1880, 1890, 1891 (städtisch), 1895 (städtisch), 1898 (homöopathisch, staatlich), 1900 (für männliche geisteskranke Verbrecher), 1910. Zahl der Geisteskranken in den öffentlichen Anstalten am 1. Oktober 1910: 32 657. In 20 Jahren hatte sich die Zahl der Geisteskranken um 104 %, die der Bevölkerung um 52 % vermehrt. 45 % der Geisteskranken waren im Ausland geboren, nur 35 % im Staate selbst. Verfasser verlangt daher schärfere Überwachung der Einwanderung. — In 15 % war der Alkohol die direkte, in 40 % die indirekte Ursache der Geisteskrankheit. Verfasser wünscht ein Gesetz betr. Sterilisierung der Defekten. Fast 25% aller Aufnahmen wurden entweder geheilt oder so weit gebessert, daß sie wieder ihren Unterhalt verdienten. 15—20 % konnten als harmlos nach Hause entlassen werden. 70 % der dauernd Anstaltsbedürftigen machen sich nützlich. (*Ganter.*)

Drewry (27) berichtet über den Stand des Irrenwesens im Staate Virginia. 4 öffentliche Anstalten, 3 für die Weißen, 1 für die Schwarzen. In jenen werden zurzeit 2600, in dieser 1480 Kranke verpflegt. Staatsaufwand 425 000, pro Kopf etwa 119 Dollar. Verfasser stellt 14 Forderungen zur Hebung des Irrenwesens auf, darunter: Errichtung von Laboratorien (nur eines vorhanden), Schaffung von Polikliniken für die Grenzfälle, Gründung eines Irrenhilfsvereins. Heiratsverbot für Epileptische, Schwachsinnige usw., Besserstellung des Personals. (*Ganter.*)

Edith Jones (44), Bibliothekarin an dem Mc Lean-Hospital in Massachusetts, richtete einen Fragebogen an 120 Irrenanstalten in den Vereinigten Staaten und Kanada, um sich über den Stand der Unterhaltungsbibliotheken für die Kranken zu unterrichten. 96 antworteten. Von diesen besaßen 15 keine Bibliothek, 60 unterhielten eine Zentralbibliothek, 21 hatten kleinere Abteilungsbibliotheken. Die Bibliothek des Mc Lean-Hospitals besteht seit 75 Jahren und verfügt über 6700 Bände. Zum Schlusse handelt Verfasser von den Aufgaben der Anstaltsbibliothekarin, die sich auch sonst noch nützlich zu machen weiß. (*Ganter.*)

Lwoff et *Sérieux* (59) legen ihren Bericht über das Irrenwesen in Marokko vor, das sie im Auftrage des Ministers an Ort und Stelle studiert hatten. Die meisten Geisteskranken treiben sich bettelnd herum. Soweit ihre Geisteskrankheit religiöse Färbung trägt, sind sie für die Menge ein Gegenstand der Verehrung. Andere Geisteskranke werden in der Familie in irgendeinem Winkel abgesondert gehalten. Gefährliche Geisteskranke sind mit Verbrechern zusammen in Kerkern eingeschlossen und angekettet. Einige wenige finden sich neben körperlich Kranken und Krüppeln und Bettlern in den „Moristans", einer Art Siechenhäuser, die aus milden Gaben neben einer Moschee oder dem Grabe eines Heiligen erbaut wurden und wahrscheinlich aus ehemaligen Pilgerherbergen hervorgegangen sind. Kein Arzt kommt dahin, die Behandlung besteht neben der Anlegung von Hals- und Fußketten in Exorzismus usw. Solche Siechenhäuser gibt es in den größeren Städten, das von Fez stammt aus dem 15. Jahrhundert. Die Verfasser schlagen vor, diese Häuser der Leitung französischer Ärzte zu unterstellen. Da aber auch für die Geisteskranken der europäischen Bevölkerung Marokkos (etwa 20 000) keine Vorsorge getroffen ist, verlangen die Verfasser die Errichtung besonderer Abteilungen an den allgemeinen Krankenhäusern (in Tanger, Fez, Casablanca). (*Ganter.*)



Ende 1910 befanden sich in den Heil- und Pflege-Anstalten Ostpreußens Allenberg, Kortau und der Landespflegeanstalt zu Tapiau insgesamt 3085 Kranke (1500 M. 1585 Fr.), Zuwachs gegen das Vorjahr 123. Als Ursache des ständigen Anwachsens wird die vollständige Änderung in der Behandlung der Kranken angegeben, wie solche in dem Gesetze vom 11. Juli 1891 begründet ist, und ferner das allmähliche Schwinden der Vorurteile gegen Anstaltsbehandlung.

Allenberg (113) begann das Berichtsjahr mit einem Krankenbestande von 910 (457 M. 453 Fr.). Zugang 383 (196 M. 187 Fr.). Abgang 350 (187 M. 163 Fr.). In Familienpflege 77 (42 M. 35 Fr.). Geheilt entlassen 19 = 5 %. Verstorben sind 5,65 % der Verpflegten. Regelmäßig beschäftigt waren 64 % der Kranken.

In Kortau (151) betrug der Krankenbestand am Anfang des Berichtsjahres 1032 (444 M. 588 Fr.). Zugang 448 (212 M. 236 Fr.). Abgang 524 (235 M. 289 Fr.). In Familienpflege 49 (27 M. 22 Fr.). Entlassen als geheilt 35 = 7,78 %. Verstorben sind 8,11 % der Verpflegten. Häufige Erkrankungen, besonders des weiblichen Pflegepersonals infolge Überanstrengung durch Pflege unruhiger und pflegebedürftiger Kranker. Ein Pfleger erhängte sich in einem Anfalle von Geistesstörung, eine Pflegerin ist an Melancholie verstorben. Ein Kranker starb infolge Vergiftung mit Zahnpasta.

Tapiau (200) begann das Berichtsjahr mit einem Bestande von 952 Kranken (484 M. 468 Fr.). Zugang 240 (99 M. 141 Fr.). Abgang 74 (38 M. 36 Fr.). Die Zugänge erfolgten im wesentlichen durch Überführung von voraussichtlich unheilbaren Geisteskranken aus Allenberg und Kortau. Von den Entlassenen sind geheilt 3 (1 M. 2 Fr.), gebessert 7 (5 M. 2 Fr.), ungeheilt 3 (1 M. 2 Fr.). Gestorben 58 (28 M. 30 Fr.). In Familienpflege befinden sich 9 Kranke (7 M. 2 Fr.).

Einer Typhusepidemie fielen 1 Pflegerin und 2 geisteskranke Frauen zum Opfer. Die Epidemie beschränkte sich auf die Frauenseite, Ursache Bazillenträger. Scharfe Absonderung aller Erkrankten, Verdächtigen und Keimträger, sorgfältige Desinfektion, systematische bakteriologische Untersuchung. Außerdem Massenerkrankungen an Durchfall unbekannter Ursache. Das 1909 begonnene Werkstättengebäude wurde fertiggestellt, ebenso der dritte Block der Pflegerhäuser, die von 16 Pflegerfamilien bezogen wurden. Ein Krankenwohngebäude für 198 weibliche Kranke wurde im Rohbau fertiggestellt. Bestand in der Pflegeanstalt für gewalttätige geisteskranke Männer am Anfang des Berichtsjahres 68 Kranke. Zugang 5, Abgang 5. Beschäftigt 50—65 % der Kranken.

Conradstein (127): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 1447 (774 M. 673 Fr.). Zugang 320 (167 M. 153 Fr.). Abgang 294 (167 M. 127 Fr.). Bleibt Bestand 1473 (774 M. 699 Fr.), davon 163 in Familienpflege. Von den Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 218 (98 M. 120 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 36 (24 M. 12 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie, Hystero-Epilepsie 30 (14 M. 16 Fr.), Idiotie (angeborener Schwachsinn, Blödsinn) 18 (15 M. 3 Fr.), Alkoholismus 13 Männer, nicht geisteskrank waren 5 (4 M. 1 Fr.). Die Krankheitsdauer vor der Aufnahme betrug bis zu 1 Monat bei 65, bis zu 2 Monaten bei 22, bis zu 3 Monaten bei 9, bis zu 6 Monaten bei 27, bis zu 1 Jahr bei 100, bis zu 2 Jahren und darüber bei 97. Unfall und Kopfverletzung waren 14 mal (6 M. 8 Fr.), Syphilis 20 mal



(16 M. 4 Fr.), Trunksucht 23 mal (17 M. 6 Fr.), Einzelhaft 4 mal (4 M.), Wochenbett 13 mal Krankheitsursache. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten sind von den Aufgenommenen 67 (49 M. 18 Fr.). Heredität bei 94 (53 M. 41 Fr.). Beobachtet wurden 10 Personen (7 M. 3 Fr.). Entlassen wurden 192 (108 M. 84 Fr.), davon als geheilt 52 (26 M. 26 Fr.), als gebessert 73 (46 M. 27 Fr.), ungeheilt 62 (31 M. 31 Fr.), nicht geisteskrank 5 M. Behandlung von 9 Fällen mit Salvarsan, darunter bei 7 Paralytikern, blieb ohne Erfolg. Gestorben 102 (59 M. 43 Fr.) = 5,8 % aller verpflegten Kranken; Todesursache 22 mal Lungenschwindsucht. Ein neues Pflegerhaus wurde bezogen.

Neustadt (Westpreußen) (171): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 546 (284 M. 262 Fr.). Zugang 135 (81 M. 54 Fr.). Abgang 112 (66 M. 46 Fr.). Bleibt Bestand 569 (299 M. 270 Fr.), davon 49 in Familienpflege. Von den Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 88 (43 M. 45 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 13 (12 M. 1 Fr.), an Epilepsie und Hysteroepilepsie 5 (2 M. 3 Fr.), Imbezillität, Idiotie 12 (8 M. 4 Fr.), Alkoholismus, Delirium 9 M., nicht geisteskrank waren 8 (7 M. 1 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme betrug bei 23 bis zu 1 Monat, bei 16 bis zu 2 Monaten, bei 18 bis zu 6 Monaten, bei 20 bis zu 1 Jahr, 2 Jahre und darüber bei 50. Psychische Ursache waren 4 mal (2 M. 2 Fr.), Wochenbett, Schwangerschaft 5 mal, Syphilis 5 mal (5 M.), Trunksucht 14 mal (13 M. 1 Fr.), Greisenalter 3 mal (3 Fr.) Krankheitsursache. Heredität bei 45 = 33,3 %, und zwar bei 27 Männern (33,3 %) und 18 Frauen (33,3 %). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 20 M., davon 10 an einfacher Seelenstörung, 1 an Epilepsie, 6 an Imbezillität und 3 an Alkoholismus leidend. Entlassen sind 73 Kranke (45 M. 28 Fr.), davon geheilt 14 (8 M. 6 Fr.) = 19,2 %, gebessert 35 (21 M. 14 Fr.) = 47,9 %, ungeheilt 18 (11 M. 7 Fr.) = 24,7 %, als nicht geisteskrank 6 (5 M. 1 Fr.). Der Aufenthalt in der Anstalt betrug bei keinem der Geheilten mehr als 1 Jahr. Die Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei den geheilt Entlassenen waren bei 5 Personen je 1 Monat, bei 2 je 2 Monate, bei 1 3 Monate, bei 2 je 6 Monate, bei 4 je 2 und mehr als 2 Jahre. Eine Kranke, die seit Monaten freien Ausgang hatte, vergiftete sich mit Kleesalz, das sie sich aus der Stadt mitgebracht hatte. Gestorben sind 39 Kranke (21 M. 18 Fr.) = 5,7 % aller Verpflegten, davon an Lungentuberkulose, Herzlähmung, Lungenentzündung und allgemeiner Erschöpfung infolge Paralyse je 6 Kranke, 3 an Hirnlähmung, je 2 an Darm- und Lungentuberkulose. Gesamtausgabe 375 885 M. 29 Pf.

Schwetz (191): Bestand am Anfang des Berichtsjahres 716 (369 M. 347 Fr.). Zugang 200 (108 M. 92 Fr.). Abgang 149 (67 M. 82 Fr.). Bleibt Bestand 767 (410 M. 357 Fr.), davon 43 in Familienpflege. Von den Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 101 (46 M. 55 Fr.), paralytischer Seelenstörung 12 (11 M. 1 Fr.), Imbezillität 12 (7 M. 5 Fr.), Idiotie 42 (25 M. 17 Fr.), Epilepsie mit Seelenstörung 13 (6 M. 7 Fr.), Hysterie 3 Fr., Alkoholismus 5 (3 M. 2 Fr.). Von den 101 mit einfacher Seelenstörung behafteten Kranken litten 38 an Dementia praecox (23 M. 15 Fr.), halluzinatorischer Verrücktheit 23 (9 M. 14 Fr.), 12 (7 M. 5 Fr.) an manisch-depressivem Irresein. Heredität bei 68 (41 M. 27 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 23 (8 M. 15 Fr.) bis zu 1 Monat,

bei 32 (20 M. 12 Fr.) über 1 bis 6 Monate, bei 13 (7 M. 6 Fr.) 6 bis 12 Monate, bei 11 (3 M. 8 Fr.) 1 bis 2 Jahre, bei 39 (29 M. 10 Fr.) 2 bis 5 Jahre, sonst 5 bis 45 Jahre. Ursächliche Einwirkungen wurden bei 138 Kranken (72 M. 66 Fr.) festgestellt, Alkoholmißbrauch war 15 mal, Lues 10 mal, Kopfverletzung 4 mal, psychische Erregung 9 mal Krankheitsursache. Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt gekommen 23 (18 M. 5 Fr.). Zur Beobachtung aufgenommen 9 (8 M. 1 Fr.). Entlassen 149 (67 M. 82 Fr.), davon geheilt 16 (9 M. 7 Fr.), gebessert 28 (11 M. 17 Fr.), ungeheilt 22 (11 M. 11 Fr.). Die 16 geheilt Entlassenen waren bis zur Höchstdauer von 2 Jahren in der Anstalt behandelt. Gestorben 72 = 7,68 % aller verpflegten Kranken. Tuberkulose war 8 mal Todesursache, Altersschwäche 9 mal und Hirnlähmung 13 mal.

Die Zahl der Geisteskranken, Idioten und Epileptischen ist in der Provinz Brandenburg (118) um 482 angewachsen. Am 31. Dezember 1909 betrug der Krankenbestand in den 9 Provinzial-Anstalten (Eberswalde, Sorau, Landsberg, Neuruppin, Teupitz, Wittstock, Lübben, Wilhelmstift, Anstalt für Epileptische) 7753 (4028 M. 3725 Fr.), davon in Familienpflege 323 (161 M. 162 Fr.) und in Privat-Anstalten 193 (139 M. 54 Fr.). Zugang 2452 (1406 M. 1046 Fr.). Abgang 1977 (1135 M. 842 Fr.). Bleibt Bestand 8260 (4319 M. 3941 Fr.), davon in Familienpflege 340 (166 M. 174 Fr.). Nach § 81 St.-P.-O. wurden aufgenommen 22, davon waren 7 für ihre Handlungen verantwortlich und wurden bestraft. Zahlreiche Verlegungen von Kranken von einer Anstalt in eine andere waren erforderlich. Da die Anstalt Teupitz die Normalbelegung bereits erreicht hat, werden die Anstalten bis zur Errichtung von Neubauten wieder stärker belegt sein, als wünschenswert ist. Die Gesamtdurchschnittsdauer der Anstaltspflege eines entlassenen Kranken betrug 356 bzw. 502 Tage. Von den Entlassenen zeigen die epileptischen Frauen die längste durchschnittliche Dauer der Anstaltspflege, die geisteskranken Epileptiker weisen eine etwas kürzere Durchschnittsdauer der Anstaltspflege auf als im Vorjahre, bedürfen aber doch eines verhältnismäßig langen Anstaltsaufenthaltes. Sie werden in der Beziehung nur übertroffen von den Idioten und Imbezillen. Mit die kürzeste Dauer der Anstaltspflege fällt der Paralyse zu, meistens wenig über 1 Jahr. Entlassen sind im ganzen als geheilt bzw. gebessert 677 (393 M. 284 Fr.), ungeheilt 154 (78 M. 76 Fr.), andern Anstalten überwiesen 346 (235 M. 111 Fr.), in Familienpflege gegeben 140 (56 M. 84 Fr.). Gestorben 660 (373 M. 287 Fr.).

Teupitz (202): Bestand am 31. Dezember 1909: 1020 (512 M. 508 Fr.). Zugang 661 (375 M. 286 Fr.). Abgang 481 (281 M. 200 Fr.). Bleibt Bestand 1200 (606 M. 594 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 341 (130 M. 211 Fr.), an Paralyse 152 (107 M. 45 Fr.), Idiotie und Imbezillität 47 (31 M. 16 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 27 (20 M. 7 Fr.), Alkoholismus 92 (85 M. 7 Fr.). Nicht geisteskrank waren 2 Männer. 22 % der männlichen Aufnahmen waren Trinker. Heredität bei 20 % der Aufnahmen, und zwar 22,5 % bei einfacher Seelenstörung, 9 % bei Paralyse, 30 % bei Idiotie und Imbezillität, 22 % bei Epilepsie und 23 % bei Alkoholismus. Es wurden entlassen als geheilt bzw. gebessert 224 (127 M. 97 Fr.), ungeheilt 20 (9 M. 11 Fr.). In andere An-



stalten überführt wurden 98 (63 M. 35 Fr.). Gestorben 139 (82 M. 57 Fr.). Paralyse war 54 mal (40 M. 14 Fr.), Tuberkulose 13 mal (7 M. 6 Fr.) Todesursache. Ein Haus für 50 unruhige Kranke ist begonnen und im Rohbau fertig. Die fortlaufende Untersuchung der Strausberger Korrigenden auf ihren Geisteszustand führte 49 derselben als Kranke der Anstalt zu. Von diesen waren 20 chron. Alkoholisten, 11 Idioten oder Imbecille, 11 litten an Jugendirresein, 2 an Epilepsie mit Schwachsinn, einer an Paralyse, 4 an Altersblödsinn. Bei über der Hälfte der Kranken bestand erbliche Belastung. Ein Rückblick über die bisherige Entwicklung der Anstalt ist dem Jahresberichte beigegeben. Die Einrichtungen der Anstalt haben sich im ganzen bisher gut bewährt. Schottische Nachtwache mit ¼ jähriger Dauer. Die einsame Lage der Anstalt, 4 km von der Eisenbahn, hat den Bau sehr verteuert und ist ungünstig für die Beamten, aber günstig für die Kranken. Die vorzeitige Belegung der Anstalt mit Kranken hat sich bewährt. Eigene Schlächterei. Im Wärterdorf 52 Wohnungen.

Landsberg a. W. (156): Bestand am 31. Dezember 1909: 991 (527 M. 464 Fr.). Zugang 311 (188 M. 123 Fr.). Abgang 243 (138 M. 105 Fr.). Bleibt Bestand 1059 (577 M. 482 Fr.). In Familienpflege am 31. Dezember 1910: 47 (27 M. 20 Fr.). Ein Fall von Typhus bei einer 37 jährigen Kranken, die seit 13 Jahren in der Anstalt war. Bakteriologische Untersuchung der Umgebung blieb erfolglos. Im Bau begriffen sind ein Haus für 50 unruhige Kranke und ein Haus für Bäder und Laboratorium. Entlassen sind als geheilt bzw. gebessert 71 (38 M. 33 Fr.), ungeheilt 13 (7 M. 6 Fr.); andern Anstalten überwiesen 30 (24 M. 6 Fr.), in Familienpflege gegeben 22 (12 M. 10 Fr.), gestorben 107 (57 M. 50 Fr.).

Dalldorf (128): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 3168 (1770 M. 1398 Fr.). Zugang 1289 (841 M. 448 Fr.). Abgang 1266 (871 M. 395 Fr.). Bleibt Bestand 3191 (1740 M. 1451 Fr.), davon in der Hauptanstalt 1136 (645 M. 491 Fr.), in der Idiotenanstalt 169 (118 M. 51 Fr.), in Privatanstalten 1487 (750 M. 737 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 578 (268 M. 310 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 157 (119 M. 38 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie und Hysterie 45 (35 M. 10 Fr.), an Idiotie und Imbezillität 166 (96 M. 70 Fr.), an chronischem Alkoholismus 310 (295 M. 15 Fr.). Von den neu aufgenommenen Kranken waren mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 237 (226 M. 11 Fr.), gewohnheitsmäßig dem Alkoholmißbrauch ergeben 381 (365 M. 16 Fr.). Zur Beobachtung des Geisteszustandes 33 (28 M. 5 Fr.). Entlassen wurden als geheilt oder gebessert 620 (461 M. 159 Fr.), ungeheilt 287 (197 M. 90 Fr.). Gestorben 326 (185 M. 141 Fr.), davon an Tuberkulose 19 (9 M. 10 Fr.), an Hirnkrankheiten 68 (48 M. 20 Fr.), an Herzschlag 123 (74 M. 49 Fr.), Suizid begingen 4 Kranke (1 M. 3 Fr.). Beschäftigt durchschnittlich 253 Kranke. Die Selbstkosten für den Tag und Kopf eines Kranken 2,73 M.

Herzberge (415): Bestand am 1. April 1910: 1747 (1042 M. 705 Fr.). Zugang 2247 (1793 M. 454 Fr.). Abgang 2245 (1832 M. 413 Fr.). Bleibt Bestand 1749 (1003 M. 746 Fr.), davon in der Hauptanstalt 1233 (732 M. 501 Fr.), in Privatanstalten 392 (193 M. 199 Fr.), in Familienpflege 124 (78 M. 46 Fr.). Vom



Zugang litten an einfacher Seelenstörung 1662 (1316 M. 346 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 155 (115 M. 40 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie und Hysterie 199 (167 M. 32 Fr.), an Idiotie und Imbezillität 147 (118 M. 29 Fr.), zur Beobachtung kamen 23 (22 M. 1 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren von den neu aufgenommenen Kranken 843 (810 M. 33 Fr.), gewohnheitsmäßig dem Alkoholmißbrauch ergeben 1182 (1155 M. 27 Fr.). Geheilt und gebessert 1412 (1251 M. 161 Fr.), ungeheilt 472 (340 M. 132 Fr.). Gestorben 251 (107 M. 144 Fr.), davon an Herzschwäche 102 (84 M. 18 Fr.), Tuberkulose 25 (8 M. 17 Fr.) Hirnkrankheiten 13 (6 M. 7 Fr.), im paralytischen Anfall 6 Frauen. Durchschnittlich beschäftigt täglich 588 (417 M. 171 Fr.). Mit Bettruhe wurden — abgesehen von 187 wegen Störungen auf körperlichem Gebiet Bettlägerigen — täglich durchschnittlich 157 Kranke (49 M. 108 Fr.) behandelt. Eine praktische Ausbildung eines Teiles des älteren Pflegepersonals in der Pflege chirurgisch oder infektiöser Kranken findet in einem andern städtischen Krankenhause statt, wodurch eine erhebliche Verbesserung der Leistungsfähigkeit bei dem Personal erwartet wird.

Buch (123): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 1815 (901 M. 914 Fr.). Zugang 1592 (979 M. 613 Fr.), Abgang 1212 (764 M. 448 Fr.). Bleibt Bestand 2195 (1116 M. 1079 Fr.), davon in der Hauptanstalt 1719 (866 M. 853 Fr.), in Privatanstalten 395 (213 M. 182 Fr.), in Familienpflege 81 (37 M. 44 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 407 (197 M. 210 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 305 (137 M. 168 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie und Hysterie 70 (32 M. 38 Fr.), Imbezillität und Idiotie 136 (97 M. 39 Fr.), chronischem Alkoholismus 265 (259 M. 6 Fr.). Zur Beobachtung kamen 13 Männer. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 363 (343 M. 20 Fr.), gewohnheitsmäßig dem Alkoholmißbrauch ergeben 265 (259 M. 6 Fr.). Geheilt oder gebessert 540 (368 M. 172 Fr.), ungeheilt 199 (113 M. 86 Fr.). Gestorben 264 (165 M. 99 Fr.), davon an Herzkrankheiten 76 (45 M. 31 Fr.), an Hirnkrankheiten 30 (17 M. 13 Fr.), an Tuberkulose 29 (16 M. 13 Fr.), im paralytischen Anfall 37 (34 M. 3 Fr.). Das 2. Verwahrungshaus für 78 kriminelle Männer und das dazu gehörige Familien- und Pflegerhaus wurde im Berichtsjahre eröffnet. Das Haus ist der erweiterte Typ des alten Verwahrungshauses. Im Obergeschoß 40 Betten, im Untergeschoß 38, neben Lazarettzimmer eine größere Zahl fester Einzelräume (Zellen). 24 Pfleger inklusive 1 Oberpfleger und 1 Stellvertreter. In den 28 Einzelräumen werden die Patienten beschäftigt; auch haben sie darin Bett, Stuhl, Nachttisch.

Wuhlgarten (212): Bestand am 1. April 1910: 1552 (991 M. 561 Fr.). Zugang 828 (649 M. 179 Fr.). Abgang 865 (683 M. 182 Fr.). Bleibt Bestand 1515 (957 M. 558 Fr.), davon in der Hauptanstalt 1177 (667 M. 510 Fr.), in der Idiotenanstalt 80 (48 M. 32 Fr.), in Privatanstalten 242 (227 M. 15 Fr.), in Familienpflege 16 (15 M. 1 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 11 (8 M. 3 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 4 Männer, an Seelenstörung mit Epilepsie 688 (522 M. 166 Fr.), an hysterischer Seelenstörung 47 (39 M. 8 Fr.), an Idiotie und Imbezillität 19 (18 M. 1 Fr.), an chronischem Alkoholismus 43 Männer. Zur Beobachtung kamen 13 (12 M. 1 Fr.). Mit dem



Strafgesetz in Konflikt geraten waren 409 (402 M. 7 Fr.), gewohnheitsmäßig dem Alkoholmißbrauch ergeben 420 (413 M. 7 Fr.). Geheilt oder gebessert 731 (579 M. 152 Fr.), ungeheilt 34 Männer. Gestorben 87 (58 M. 29 Fr.), davon an Tuberkulose 17 (9 M. 8 Fr.), im epileptischen Anfall 15 (12 M. 3 Fr.). Durchschnittlich beschäftigt 435. Typhus bei 2 Kranken und 2 Pflegerinnen mit leichtem Verlauf. Diphtherieepidemie, bei der eine Pflegerin als Bazillenträgerin entdeckt wurde. *Lugol*sche Lösung wurde mit Erfolg zur Entfernung der Bazillen gebraucht. Das am Schluß des Vorjahres im Bau angefangene Vierfamilienhaus für Oberpfleger und Diener ist fertiggestellt und bezogen.

Haus Schönow (144): Bestand am 1. Januar 1910: 110 (64 M. 46 Fr.). Zugang 762 (471 M. 291 Fr.). Abgang 772 (476 M. 296 Fr.). Bleibt Bestand 100 (59 M. 41 Fr.). Geheilt bzw. gebessert entlassen 76,2 % (76,7 % Männer und 75,3 % Frauen), ungebessert bzw. gestorben 23,8 % (23,3 % Männer und 24,7 % Frauen). Gestorben 3 (1 M. 2 Fr.). Durchschnittliche Verpflegungsdauer für den einzelnen Kranken 51 Tage. Zur Behandlung kamen 1,8 % peripherische Nerven- und Muskelkrankheiten, 9,5 % organische Erkrankungen des Zentralnervensystems, 77,2 % Neurosen, 10,1 % Psychosen, 1,4 % innere Krankheiten. Die Poliklinik wurde von 110 Kranken besucht.

Dziekanka (131): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 678 (364 M 314 Fr.). Zugang 167 (83 M. 84 Fr.). Abgang 137 (67 M. 70 Fr.). Bleibt Bestand 708 (380 M. 328 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an Manie 5 (1 M. 4 Fr.), Melancholie 8 (1 M. 7 Fr.), manisch-depressivem Irresein 5 (2 M. 3 Fr.), Paranoia acuta 1 M., Alkoholismus 7 M., Psychosis period. 8 (2 M. 6 Fr.), Dementia praecox 62 (27 M. 35 Fr.), Amentia acuta 8 (2 M. 6 Fr.), Dementia et Paranoia chronica 10 (4 M. 6 Fr.), Dementia paralytica 15 (14 M. 1 Fr.), Geisteskrankheit nach Kopfverletzung 7 Männer, Idiotie und Imbezillität 12 (8 M. 4 Fr.), Epilepsie mit Seelenstörung 3 (1 M. 2 Fr.), hysterischer Seelenstörung 5 Frauen. Nicht geisteskrank waren 2 Männer. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 39 (9 M. 30 Fr.) bis zu 1 Monat, bei 16 (6 M. 10 Fr.) bis zu 2 Monaten, bei 6 (2 M. 4 Fr.) bis zu 3 Monaten, bei den übrigen Aufnahmen 6 Monate und darüber. Heredität bei 54 (30 M. 24 Fr.) = 32 %. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 19 (16 M. 3 Fr.). Zur Beobachtung 5 Männer. Entlassen als geheilt 23 (12 M. 11 Fr.), als gebessert 40 (18 M. 22 Fr.), ungeheilt 33 (12 M. 21 Fr.), nicht geisteskrank 2 Männer. Gestorben sind 39 (23 M. 16 Fr.). Es starben an Tuberkulose 8 (4 M. 4 Fr.), an Paralyse 12 (10 M. 2 Fr.), Suizid 1 Mann. Durchschnittlich beschäftigt 40 % der Kranken. Gesamtausgabe 386 083,11 M., pro Kopf und Jahr 555,64 M.

Kosten (152): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 763 (395 M. 368 Fr.). Zugang 82 (53 M. 29 Fr.). Abgang 85 (51 M. 34 Fr.). Bleibt Bestand 760 (397 M. 363 Fr.), darunter jugendliche (minderjährige Idioten und Epileptiker) 208 (129 M. 79 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 11 (5 m. 6 w.), an Epilepsie und Hysteroepilepsie 22 (16 m. 6 w.), Idiotie und Imbezillität 40 (26 m. 14 w.), Idiotie und Imbezillität mit Epilepsie 5 (2 M. 3 Fr.). Heredität bei 24 der Aufgenomme-



nen. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 3 (1 m. 2 w.) bis 1 Monat, bei 6 (3 m. 3 w.) 1 bis 6 Monate, bei 4 (3 m. 1 w.) 1 bis 2 Jahre, bei 63 (41 m. 22 w.) mehr als 2 Jahre. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 15 (13 m. 2 w.). Trunksucht als Krankheitsursache bei 2 (1 m. 1 w.). Entlassen geheilt 8 (5 m. 3 w.), gebessert 19 (10 m. 9 w.), ungeheilt 22 (15 m. 7 w.), nicht geisteskrank 4 (4 M.). Gestorben 32 (17 m. 15 Fr.). Tuberkulose war in 34 % der Todesfälle Todesursache. Die Gesamtausgaben haben betragen 356 179,92 M. Die Unterhaltungskosten betrugen pro Kopf und Jahr 463,77 M.

Obrawalde (173): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 862 (436 M. 426 Fr.). Zugang 147 (85 M. 62 Fr.). Abgang 127 (67 M. 60 Fr.). Bleibt Bestand 882 (454 M. 428 Fr.). Es litten an einfacher Seelenstörung 110 (57 M. 53 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 12 (11 M. 1 Fr.), an alkoholischer Seelenstörung 3 Männer, an epileptischer Seelenstörung 8 (7 M. 1 Fr.), an hysterischer Seelenstörung 5 Fr., an Imbezillität und Idiotie 4 (2 M. 2 Fr.). Nicht geisteskrank waren 5 Männer. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 33 (19 M. 14 Fr.) bis 1 Monat, bei 18 (8 M. 10 Fr.) bis 2 Monate, bei 4 (1 M. 3 Fr.) bis 3 Monate, bei 11 (5 M. 6 Fr.) bis 6 Monate, bei 3 (1 M. 2 Fr.) bis 8 Monate, bei 14 (9 M. 5 Fr.) bis 12 Monate, bei den übrigen 2 Jahre und darüber. Angeboren war die Krankheit bei 6 (3 M. 3 Fr.). Heredität bei 56 (30 M. 26 Fr.). Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt gekommen 30 (26 M. 4 Fr.). Zur Beobachtung gemäß § 81 Str.-Pr.-O. kamen 5 Männer, davon waren 3 nicht geisteskrank. Entlassen wurden als geheilt 23 (10 M. 13 Fr.), gebessert 24 (16 M. 8 Fr.), ungeheilt 21 (14 M. 7 Fr.). Gestorben sind 54 (22 M. 32 Fr.), davon an Tuberkulose 18 (7 M. 11 Fr.), an Paralyse 5 (4 M. 1 Fr.), Der Prozentsatz der Todesfälle betrug 5,3 % der Verpflegten, davon 30 % Tuberkulose. Der erste Erweiterungsbau ist im Berichtsjahre weiter gefördert worden, der zweite Erweiterungsbau wurde begonnen. Gesamtausgabe 444 888,60 M., pro Kopf und Jahr 508,34 M.

Owinsk (175): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 699 (326 M. 373 Fr.). Zugang 233 (130 M. 103 Fr.). Abgang 182 (110 M. 72 Fr.). Bleibt Bestand 750 (346 M. 404 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an Melancholie 13 (3 M. 10 Fr.), Dementia paralytica 15 (13 M. 2 Fr.), Paranoia 53 (30 M. 23 Fr.), Dementia praecox 56 (31 M. 25 Fr.), Manie 20 (9 M. 11 Fr.), Alkoholismus 10 (9 M. 1 Fr.), Epilepsie mit Seelenstörung 11 (5 M. 6 Fr.), Hysterie mit Seelenstörung und Hysteroepilepsie 6 (1 M. 5 Fr.), an Imbezillität und Idiotie 15 (12 M. 3 Fr.). Es waren nicht geisteskrank 3 Männer. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 55 (30 M. 25 Fr.) 1 Monat, bei 24 (14 M. 10 Fr.) 2 Monate, bei 15 (6 M. 9 Fr.) 3 Monate, bei 21 (10 M. 11 Fr.) 3—6 Monate, bei 25 (10 M. 15 Fr.) 6—12 Monate, bei den übrigen 2 Jahre und darüber. Heredität bei 36 (17 M. 19 Fr.) = 15,5 %. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 27 (25 M. 2 Fr.). Zur Beobachtung nach § 81 Str.-Pr.-O. kamen 4 Männer. Entlassen sind als geheilt 39 (28 M. 11 Fr.), als gebessert 57 (33 M. 24 Fr.), ungeheilt 30 (21 M. 9 Fr.). Gestorben sind 53 (25 M. 28 Fr.), davon an Tuberkulose 13 (6 M. 7 Fr.). Ein Typhusfall unbekannter Genese. Gesamtausgabe 384 482,55 M., pro Kopf und Jahr 529,25 M.



Breslau (120): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 194 (109 M. 85 Fr.). Zugang 874 (589 M. 285 Fr.). Abgang 877 (597 M. 280 Fr.). Bleibt Bestand 191 (101 M. 90 Fr.). Vom Zugang litten an einfach erworbenen Psychosen 211 (104 M. 107 Fr.), an konstitutionellen Psychosen 60 (34 M. 26 Fr.), an epileptischen Formen 127 (87 M. 40 Fr.), an alkoholischen und andern Intoxikationspsychosen 283 (249 M. 34 Fr.), an paralytischen, senilen und sonstigen organischen Geisteskrankheiten 196 (120 M. 76 Fr.). Vermindert waren die Aufnahmen von alkoholischen und andern Intoxikationspsychosen, sowie die Zahl der Paralytiker. Eine Zunahme zeigen die geisteskranken Verbrecher, die wiederholt komplottierten und ausbrachen, so daß vor 6 Einzelzimmern komplizierte Verschlüsse angebracht werden mußten. Vom Abgang wurden geheilt 216 (= 20%), gebessert 308 (= 28,8 %), ungeheilt 258 (= 24,1 %). Gestorben sind 81 (= 7,6 %). Nicht geisteskrank 1,3 %. Die Familienpflege hat keine Zunahme erfahren. Der Wechsel des Wartepersonals hat sich ganz erheblich vermindert. 4 Pflegerwohnungen wurden eingerichtet und bezogen.

Brieg (121): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 543 (278 M. 265 Fr.). Zugang 110 (35 M. 75 Fr.). Abgang 81 (33 M. 48 Fr.). Bleibt Bestand 572 (280 M. 292 Fr.), davon in Familienpflege 44 (24 M. 20 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 79 (20 M. 59 Fr.) = 74,53 %, an paralytischer Seelenstörung 12 (8 M. 4 Fr.) = 11,32 %, an Epilepsie mit Seelenstörung 8 (4 M. 4 Fr.) = 7.55 %, an Imbezillität, Idiotie 7 (1 M. 6 Fr.) = 6,6 %. Nicht geisteskrank waren 4 (2 M. 2 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 1 Monat bei 14 (3 M. 11 Fr.), 1—6 Monate bei 19 (6 M. 13 Fr.), 6—12 Monate bei 13 (4 M. 9 Fr.), 1—2 Jahre bei 15 (4 M. 11 Fr.), 2—5 Jahre bei 13 (4 M. 9 Fr.), 5—10 Jahre bei 10 (5 M. 5 Fr.), über 10 Jahre bei 11 (4 M. 7 Fr.), von Jugend auf bei 7 (1 M. 6 Fr.). Heredität war bei 45,28 % der Aufnahmen Krankheitsursache, Trunksucht 4 mal (1 M. 3 Fr.), Lues 4 mal (3 M. 1 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 14,54 % der Aufnahmen. Entlassen geheilt 4 (2 M. 2 Fr.), gebessert 22 (10 M. 12 Fr.), ungeheilt 26 (7 M. 19 Fr.). Gestorben 24 (11 M. 13 Fr.). Paralyse war 4 mal (4 M.), Tuberkulose 5 mal (1 M. 4 Fr.), Krebs 2 mal (1 M. 1 Fr.) Todesursache.

Bunzlau (124): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 660 (355 M. 305 Fr.). Zugang 173 (93 M. 80 Fr.). Abgang 171 (80 M. 91 Fr.). Bleibt Bestand 662 (368 M. 294 Fr.). 13 der aufgenommenen Männer (= 13,9 %) litten an paralytischer Seelenstörung, 6 (= 6,4 %) an Epilepsie mit Seelenstörung. Von den aufgenommenen Frauen waren 5 (= 6,3 %) paralytisch. Zur Beobachtung 7 (4 M. 3 Fr.). Entlassen geheilt 12 (4 M. 8 Fr.), gebessert 21 (10 M. 11 Fr.), ungeheilt 6 (2 M. 4 Fr.). Gestorben sind 65 = 7,8 % der Gesamtzahl der Verpflegten, darunter 14 über 70, 4 über 80 Jahre alt. Tuberkulose war 7 mal, Magenkarzinom 4 mal, Suizid 1 mal Todesursache, Dysenterie 3 mal. 12 Erkrankungen an Dysenterie, der Ansteckungsweg wurde nicht aufgedeckt. 3 Typhusfälle (2 Pflegerinnen, 1 Kranker). Der Bestand der 6 Bazillenträgerinnen unverändert. Die weibliche Familienpflege wurde um 20 Plätze erweitert. Bezogen wurde das neue Direktorwohnhaus und ein neues Arzthaus. — Gesamtausgabe 395 493,49 M.

Freiburg (Schlesien) (137): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 723 (347 M. 376 Fr.). Zugang 127 (55 M. 72 Fr.). Abgang 85. Bestand am Ende des Berichtsjahres 731 (341 M. 390 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 63 (27 M. 36 Fr.), an Idiotie 11 (4 M. 7 Fr.), an Idiotie mit Epilepsie 10 (4 M. 6 Fr.), an Imbezillität 8 (4 M. 4 Fr.), Imbezillität mit Epilepsie 1 (1 Fr.), an Epilepsie 27 (14 M. 13 Fr.), an Dementia paralytica 3 Fr. Nicht geisteskrank waren 4 (2 M. 2 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei der einfachen Seelenstörung und der Paralyse bis zu 6 Monaten bei 20 (5 M. 15 Fr.), 3—6 Monate bei 9 (1 M. 8 Fr.), 6—12 Monate bei 8 (7 M. 1 Fr.), 1—2 Jahre bei 6 (3 M. 3 Fr.), über 2 Jahre bei 18 (8 M. 10 Fr,.) unbekannt bei 5 (3 M. 2 Fr.). Krankheitsdauer bei der Epilepsie 1—3 Jahre bei 8 (5 M. 3 Fr.), 3—10 Jahre bei 7 (4 M. 3 Fr.), 10—20 Jahre bei 12 (8 M. 4 Fr.), über 20 Jahre bei 3 (1 M. 2 Fr.), unbekannt bei 1 M. Gehirnentzündung war 1 mal, Apoplexie 2 mal, Kopfverletzung 7 mal, Potus 1 mal, Lues 1 mal, Haft 2 mal, Laktation, Klimakterium und Senium je 1 mal Krankheitsursache. Heredität bei 44 (22 M. 22 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 22 (19 M. 3 Fr.). Zur Beobachtung 7 (6 M. 1 Fr.). Entlassen 51, davon geheilt 10 (3 M. 7 Fr.), gebessert 23 (13 M. 10 Fr.), ungeheilt 18 (9 M. 9 Fr.). Beurlaubt 34 (17 M. 17 Fr.). Gestorben sind 34 (17 M. 17 Fr.). Tuberkulose war 4 mal Todesursache. Neu bezogen ein Haus für 45 unruhige Frauen, außerdem 4 Pflegerhäuser, die zum Teil für Familienpfleglinge eingerichtet sind.

Kreuzburg (154): Bestand am Anfang des Berichtsjahres 643 (380 M. 263 Fr.). Zugang 132 (76 M. 56 Fr.). Abgang 110 (68 M. 42 Fr.). Bleibt Bestand 665 (388 M. 277 Fr.), davon 13 (10 M. 3 Fr.) in Familienpflege. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 91 (44 M. 47 Fr.), an Paralyse 24 (18 M. 6 Fr.), an epileptischer Seelenstörung 6 (5 M. 1 Fr.), an Imbezillität 2 Fr., an alkoholischer Seelenstörung 3 M. Nicht geisteskrank waren 5 M. Auf Grund des § 81 Str.-Pr.-O. wurden 10 (9 M. 1 Fr.) aufgenommen. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 1 Monat bei 9 (4 M. 5 Fr.), bis zu 3 Monaten bei 23 (13 M. 10 Fr.), bis zu 6 Monaten bei 16 (7 M. 9 Fr.), bis zu 1 Jahre bei 15 (12 M. 3 Fr.), bis zu 2 Jahren bei 34 (17 M. 17 Fr.), bis zu 5 Jahren bei 12 (9 M. 3 Fr.), länger als 10 Jahre bei 16 (11 M. 5 Fr.), von Kindheit an bei 2 Fr. Von den Entlassenen waren geheilt 13 (8 M. 5 Fr.), gebessert 14 (9 M. 5 Fr.), ungeheilt 18 (12 M. 6 Fr.), nicht geisteskrank 6 M. Gestorben 59 (33 M. 26 Fr.), darunter 12 (9 M. 3 Fr.) an Paralyse, 10 (3 M. 7 Fr.) an Tuberkulose. Beschäftigung bei den Männern 33,9 %, bei den Frauen 55 %. Ein Ärztewohnhaus neu bezogen. — Gesamtausgabe 405 975,98 M.

Leubus (159): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 765 (403 M. 362 Fr.). Zugang 145 (89 M. 56 Fr.). Abgang 157 (84 M. 73 Fr.). Bleibt Bestand 753 (408 M. 345 Fr.). An einfacher Seelenstörung litten 100 (50 M. 50 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 22 (20 M. 2 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie 13 (10 M. 3 Fr.), an Idiotie und Imbezillität 9 (8 M. 1 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 1 Monat bei 2 Fr., 1—3 Monate bei 16 (7 M. 9 Fr.), 3—6 Monate bei 9 (4 M. 5 Fr.), 6—12 Monate bei 20 (11 M. 9 Fr.),über 12 Monate bei 82 (55 M. 27 Fr.),



von Kindheit an 8 (7 M. 1 Fr.), unbekannt bei 10 (4 M. 6 Fr.). Nicht geisteskrank war 1 (1 M.). Heredität bei 59 (41 M. 18 Fr.) = 40,7 % aller Aufgenommenen. Krankheitsursache chronischer Alkoholmißbrauch 10 mal (9 M. 1 Fr.), Lues 11 mal (10 M. 1 Fr.), Haft 2 mal (2 M.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 24 (21 M. 3 Fr.) = 16,5 %. Zur Beobachtung 8 (7 M. 1 Fr.). Von den Entlassenen waren geheilt 0, gebessert 52 (23 M. 29 Fr.), ungeheilt 29 (21 M. 8 Fr.). Gestorben sind 75 (39 M. 36 Fr.) = 8,24 % Mortalität. Tuberkulose war 11 mal (3 M. 8 Fr.), Typhus 1 mal (1 Fr.), Ruhr 13 mal (6 M. 7 Fr.), Paralyse 24 mal (18 M. 6 Fr.), Suizid 1 mal (1 Fr.) Todesursache.

Die neue Anstalt war vom April bis Dezember für Aufnahmen gesperrt wegen einer heftigen Ruhrepidemie. 17,3 %, also fast der 5. Teil der Gestorbenen, sind an der Ruhr zugrunde gegangen. Erkrankt an Ruhr waren im ganzen 110 Personen (39 M. 66 Fr., 5 Pflegerinnen). Ursache 16 Bazillenträger. Alle seit dem ersten Auftreten der Ruhr erkrankt gewesenen Kranken und Pflegerinnen wurden in besonderen Häusern isoliert. — 1 Suizid bei einer Kranken, die aus einem Drehfenster sprang.

In der Pensionsanstalt waren zu Beginn des Berichtsjahres 51 Kranke (24 M. 27 Fr.). Zugang 24 (18 M. 6 Fr.). Abgang 18 (16 M. 2 Fr.). Bleibt Bestand 57. Heredität bei 2 Kranken (1 M. 1 Fr.). Chronischer Alkoholmißbrauch 1 mal, Lues 2 mal Krankheitsursache. Einfache Seelenstörung bei 18 (12 M. 6 Fr.), paralytische Seelenstörung bei 6 (6 M.). Entlassen geheilt 1 (1 M.), gebessert 5 (3 M. 2 Fr.), ungeheilt 4 (4 M.), gestorben 8 (8 M.). Paralyse war 5 mal (5 M.). Suizid 1 mal (1 M.) Todesursache. Gesamtausgabe 527 182,13 M.

R y b n i k (184): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 800 (439 M. 361 Fr.). Zugang 225 (79 M. 146 Fr.). Abgang 144 (72 M. 72 Fr.). Bleibt Bestand 881 (446 M. 435 Fr.), davon in Familienpflege 15 Frauen. Von den Aufgenommenen litten an Manie, periodischer Manie, zirkulärem Irresein 12 (2 M. 10 Fr.), an Dementia praecox 18 (5 M. 13 Fr.), Paranoia 36 (17 M. 19 Fr.), Imbezillität, Degenerationspsychosen 18 (4 M. 14 Fr.), Paralyse 20 (16 M. 4 Fr.), Epilepsie mit Seelenstörung 23 (7 M. 16 Fr.), Alkoholpsychosen 13 (7 M. 6 Fr.), Amentia 15 (6 M. 9 Fr.), seniler Demenz 15 (3 M. 12 Fr.), Melancholia 22 (3 M. 19 Fr.), Puerperal- und Laktationspsychosen 14 Fr., traumatischer Neurose 5 M., hysterisch-neurasthenischer Psychose 4 (1 M. 3 Fr.), nicht geisteskrank waren 3 (2 M. 1 Fr.). Krankheitsursache waren Schwangerschaft, Entbindung und Stillen 20 mal, Kopfverletzung 6 mal (6 M.), Strafhaft 7 mal (5 M. 2 Fr.), Syphilis 16 mal (12 M. 4 Fr.), Alkoholmißbrauch 21 mal (14 M. 7 Fr.), Überanstrengung 13 mal (7 M. 6 Fr.). Sichere Heredität bei 47 (11 M. 36 Fr.). Mit dem Strafgesetz waren in schwerere Konflikte gekommen 28 (22 M. 6 Fr.). Von den Entlassenen sind geheilt 16 (5 M. 11 Fr.), gebessert 40 (20 M. 20 Fr.), ungeheilt 38 (20 M. 18Fr.), nicht geisteskrank 2 (1 M. 1 Fr.). Gestorben 48 (26 M. 22 Fr.), ungefähr = 5% der Verpflegten. 8 starben an Paralyse, 4 an Tuberkulose. 12 Paralytiker wurden mit *Ehrlich-Hata* behandelt, 2 mit sehr günstigem Erfolge. Der Bau eines Männerhauses für 65 Kranke und eines Frauenhauses mit 45 Plätzen wurde erheblich gefördert, so daß im Laufe des nächsten Jahres Platz für rund 1100 Kranke sein wird.



Vollendet und bezogen sind ein dreistöckiges Haus für 85 Frauen sowie 4 Häu-
für zusammen 18 Pflegerwohnungen. Die Pflegerwohnungen sind gleichzeitig fü
je 2 oder 3 Familienpfleglinge eingerichtet. Gesamtausgabe 500 218,14 M.

Tost (203): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 592 (271 M. 321 Fr.
Zugang 142 (87 M. 55 Fr.). Abgang 146 (74 M. 72 Fr.). Bleibt Bestand ein-
schließlich der Beurlaubten 588 (284 M. 304 Fr.). Vom Zugang litten an einfach-
Seelenstörung 100 (52 M. 48 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 22 (19 M. 3 Fr.
an Epilepsie mit Seelenstörung 4 (4 M.), an Hysterie mit Seelenstörung 1 (1 M.
an Imbezillität und Idiotie 2 (2 Fr.), nicht geisteskrank waren 14 (12 M. 2 Fr.
Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 11 (7 M. 4 Fr.) bis zu 1 Monat, bei 2
(11 M. 9 Fr.) 1—3 Monate, bei 18 (10 M. 8 Fr.) 3—6 Monate, bei 22 (13 M.
9 Fr.) 6—12 Monate, bei 16 (11 M. 5 Fr.) 1—2 Jahre, bei 14 (8 M. 6 Fr.) 2—
Jahre, bei 10 (5 M. 5 Fr.) 5—10 Jahre, bei 13 (8 M. 5 Fr.) über 10 Jahre, bei
(2 Fr.) von Jugend auf. Heredität bei 31 (16 M. 15 Fr.). Trunksucht wird bei 1
(12 M. 3 Fr.), Syphilis bei 10 (7 M. 3 Fr.), Unfall 5 mal, Kopfverletzung 2 mal
Strafhaft 3 mal, Wochenbett und Stillen 4 mal als Krankheitsursache angegeben.
Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 26 (24 M. 2 Fr.). Zur Beobachtung 1
(12 M. 2 Fr.), davon 10 (10 M.) nach § 81 Str.-Pr.-O. Entlassen geheilt 1
(8 M. 4 Fr.), gebessert 21 (8 M. 13 Fr.), ungeheilt 3 (2 M. 1 Fr.), nicht geistes-
krank 1 (1 M.), nach abgeschlossener Beobachtung 16 (13 M. 3 Fr.), in ander-
Anstalten 63 (25 M. 38 Fr.). Gestorben sind 30 (17 M. 13 Fr.) = 5 % aller
Verpflegten. Paralyse war 13 mal (11 M. 2 Fr.), Tuberkulose 7 mal Todesursache.
In Familienpflege 7 (2 M. 5 Fr.). — Gesamtausgabe 338 713,69 M.

Lüben (164): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 905 (440 M.
465 Fr.). Zugang 350 (196 M. 154 Fr.). Abgang 281 (168 M. 113 Fr.). Bleib-
Bestand 974 (468 M. 506 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung
272 (130 M. 142 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 32 (29 M. 3 Fr.), an Im-
bezillität 10 (7 M. 3 Fr.), an Idiotie 3 (2 M. 1 Fr.), an Epilepsie mit Seelen-
störung 23 (22 M. 1 Fr.), Hysterie 4 (1 M. 3 Fr.), Alkoholismus 3 (3 M.). Nic-
geisteskrank 2. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 1 Woche bei 4 (4 M.
bis zu 1 Monat bei 45 (12 M. 33 Fr.), bis zu 3 Monaten bei 44 (25 M. 19 Fr
bis zu 6 Monaten bei 35 (13 M. 22 Fr.), bis zu 1 Jahr bei 39 (18 M. 21 Fr.), bis z
5 Jahren bei 90 (56 M. 34 Fr.), bis zu 10 Jahren bei 28 (20 M. 8 Fr.), über
10 Jahre bei 30 (20 M. 10 Fr.), von Jugend auf bei 16 (13 M. 3 Fr.), unbekann
bei 17 (13 M. 4 Fr.). Heredität bei 132 (82 M. 50 Fr.) = 37,7 %. Andere U-
sachen: Trunksucht bei 33, Syphilis bei 17, Greisenalter bei 15, Apoplexien
Überanstrengung bei 6, Entbindung und Wochenbett bei 5, Arteriosklerose bei
Gerichtlich vorbestraft 54 (43 M. 11 Fr.). Zur Beobachtung 6. Entlassen geheilt
61 (40 M. 21 Fr.), gebessert 87 (57 M. 30 Fr.), ungeheilt 24 (19 M. 5 Fr.). Ge-
storben 108 (51 M. 57 Fr.) = 8,6 % des Gesamtbestandes. Tuberkulose wa
9 mal (4 M. 5 Fr.) Todesursache. — Gesamtausgabe 459 963 M., pro Kopf un-
Jahr 512,69 M.

Lublinitz (162): Der Bericht umfaßt die Zeit von 1893 bis 1910 und gi-
eine Anstaltschronik über diese Jahre. Der Krankenbestand war im Anfang



gering, um 300 herum, Zu- und Abgang etwa 60—80. Ende 1904 stieg der Bestand auf 431, Ende 1906 auf 573, Ende 1909 auf 681, Ende März 1911 auf 841, und er wird 1912 wohl 1000 erreicht haben. Abgang in den letzten Jahren 350—400 Personen. Unter den Aufnahmen viele Unfallverletzte, Rentenempfänger und Invaliden. Zahl der Todesfälle im Durchschnitt 25 bis zum Jahre 1905, von da ab etwa 40. Tuberkulose seltene Todesursache, meistens Paralyse, Lungenentzündung, Schlaganfall. Zur Beobachtung gemäß § 81 Str.-Pr.-O. seit 1902 83 Personen. Zahl der Beschäftigten bei den Männern etwa 50 %, bei den Frauen etwa 45 %. — Von den in den letzten Jahren entstandenen neuen Gebäuden ist ein neues Männerhaus (für 180 Kranke) zum Teil mit Gittern versehen, ebenso ein neues Frauenhaus. Zur Entlastung der Wachsäle sind im Bodenraum des Männerhauses 6 Einzelräume vorgesehen, „in denen Nachts störende oder fluchtverdächtige Elemente weggeschlossen werden.“ Auf je 10 Kranke 1 Badewanne. Wachplätze und Plätze auf Bettstationen etwa 50 %. Preis des Bettes sowohl auf der alten wie der neuen Station 1800 M. Die Familienpflege in Lublinitz ist zurzeit mit 77 Pfleglingen die umfangreichste in Schlesien. In Schlesien sind im ganzen in Familienpflege 255 Kranke. Nach den Erfahrungen in Lublinitz eignen sich am besten zur Familienpflege Idioten, sekundär Demente, Schwachsinnige, ruhige Paranoiker, chronische Halluzinanten und Alkoholiker. Unter den Familienpfleglingen eine Schwängerung.

Neustadt in Holstein (170): Bestand am Anfang des Berichtsjahre: 950 (517 M. 433 Fr.). Zugang 179 (76 M. 103 Fr.). Abgang 193 (96 M. 97 Fr.). Bleibt Bestand 936 (497 M. 439 Fr.), davon in Familienpflege 81 (23 M. 58 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 104 (35 M. 69 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 14 (7 M. 7 Fr.), Imbezillität, Idiotie und Kretinismus 24 (14 M. 10 Fr.), Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 18 (7 M. 11 Fr.), Hysterie 6 (2 M. 4 Fr.), Chorea 1 Fr., Alkoholismus 5 (4 M. 1 Fr.), nicht geisteskrank 7 M. 64 (24 M. 40 Fr.) standen im Alter von 10—20 Jahren, 37 (22 M. 15 Fr.) in dem von 20 bis 30 Jahren, 36 (18 M. 18 Fr.) waren 30—40 Jahre, 19 (11 M. 8 Fr.) 40 bis 50 Jahre, 13 (1 M. 12 Fr.) 50—60 Jahre, 9 Fr. 60—70 Jahre und 1 Frau zwischen 70 und 80 Jahren alt. Die Qualität der aufgenommenen Kranken war in dem Berichtsjahr recht ungünstig, von den 70 Männern waren allein 45 Kriminelle = 59,2 %, von denen 36 dem Festen Hause überwiesen werden mußten. Es ist deshalb bei der Überfüllung desselben der beschleunigte Neubau eines weiteren Männerhauses bewilligt. Die Fürsorgezöglinge machen durch ihre Reizbarkeit, Widersetzlichkeit, Neigung zu Hetzereien und ihren Hang zu Diebstählen und sexuellen Delikten große Schwierigkeiten. Zur Beobachtung wurden aufgenommen 11 Männer, davon waren 1 nicht geisteskrank, 4 geistig minderwertig, 1 geisteskrank, die übrigen wurden auf ihre Strafvollzugsfähigkeit beobachtet. Die Zahl der Familienpfleglinge ist von 64 auf 81 (23 M. 58 Fr.) gestiegen. Entlassen 132 (66 M. 66 Fr.), davon waren geheilt 10 (5 M. 5 Fr.), gebessert 62 (39 M. 23 Fr.), ungeheilt 60 (22 M. 38 Fr.). Gestorben 61 (30 M. 31 Fr.). Lungenschwindsucht war 11 mal (3 M. 8 Fr.), Gehirnerweichung 5 mal (3 M. 2 Fr.), Darmkatarrh 5 mal (3 M. 2 Fr.) und Darmgeschwüre 4 mal (4 M.) Todesursache. Gesamtausgabe 568 463,33 M.



Schleswig (189): Bestand am 1. April 1910: 1054 (567 M. 487 Fr.). Zugang 427 (249 M. 178 Fr.). Abgang 374 (192 M. 182 Fr.). Bleibt Bestand 1107 (624 M. 483 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 341 (184 M. 157 Fr.), paralytischer Seelenstörung 29 (26 M. 3 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 20 (18 M. 2 Fr.), Imbezillität und Idiotie 37 (21 M. 16 Fr.). Heredität bei 148 (80 M. 68 Fr.). Deprimierende Gemütsaffekte waren bei 32 (13 M. 19 Fr.), Trauma bei 6 (5 M. 1 Fr.), Senium bei 9 (7 M. 2 Fr.), Lues bei 8 (7 M. 1 Fr.), Alkoholismus bei 28 (25 M. 3 Fr.), Überanstrengung bei 6 (5 M. 1 Fr.), Wochenbett und Schwangerschaft bei 4 Fr., Klimakterium bei 3 Frauen Krankheitsursache. Zur Beobachtung kamen 22 (19 M. 3 Fr.). Von den Entlassenen waren geheilt 47 (24 M. 23 Fr.), gebessert 122 (67 M. 55 Fr.), ungeheilt 114 (50 M. 64 Fr.). Gestorben 91 (51 M. 40 Fr.), davon an Lungentuberkulose 11 (7 M. 4 Fr.), an Paralyse 15 (11 M. 4 Fr.). Durch Suizid endeten 2 M. und 1 Fr. Die Wachsäle zurzeit überfüllt, ein neuer Wachsaal eingerichtet. Besondere Schwierigkeiten machen die weiblichen Fürsorgezöglinge. Gesamtausgabe 777 016,83 M.

Göttingen (142): Bestand am Anfang des Berichtsjahres 509 (327 M. 182 Fr.). Zugang 342 (218 M. 124 Fr.). Abgang 307 (185 M. 122 Fr.). Bleibt Bestand 544 (360 M. 184 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 247 (142 M. 105 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 21 (20 M. 1 Fr.), an Epilepsie 15 (14 M. 1 Fr.), Idiotie 1 M., Imbezillität 13 (6 M. 7 Fr.), Delirium potat. 1 M., nicht geisteskrank waren 44 (34 M. 10 Fr.). Die Krankheitsdauer vor der Aufnahme betrug bei 102 (64 M. 38 Fr.) 1—6 Wochen, bei 38 (27 M. 11 Fr.) 3 Monate, bei 29 (19 M. 10 Fr.) 3—6 Monate, bei 31 (21 M. 10 Fr.) 1—2 Jahre, bei 47 (26 M. 21 Fr.) 2—5 Jahre, bei 52 (34 M. 18 Fr.) über 5 Jahre. Heredität war 162 mal (88 M. 74 Fr.), Lues 21 mal (20 M. 1 Fr.), Alkohol 18 mal (15 M. 3 Fr.), Schlaganfall 5 mal (3 M. 2 Fr.), Geburt und Schwangerschaft 5 mal, Kopfverletzung bei 3 Männern Krankheitsursache. Zur Beobachtung 23 (22 M. 1 Fr.). Geheilt wurden 10 (8 M. 2 Fr.), gebessert 136 (76 M. 60 Fr.), ungeheilt 103 (59 M. 44 Fr.). Gestorben sind 38 (29 M. 9 Fr.), darunter 2 an Lungentuberkulose, 5 an Herzschwäche, 1 an Herzruptur. Seit 5 Jahren eine Typhusbazillenträgerin, bei der wiederholt der Stuhl frei von Bazillen gefunden wurde, während später vorgenommene Kontrolluntersuchungen immer wieder das erneute Auftreten von Typhusbazillen ergeben. In Familienpflege 59.

Hildesheim (147): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 683 (380 M. 303 Fr.), Zugang 286 (144 M. 142 Fr.). Abgang 283 (156 M. 127 Fr.). Bleibt Bestand 686 (368 M. 318 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 204 (83 M. 121 Fr.), an Paralyse 31 (26 M. 5 Fr.), an Hysterie oder Epilepsie mit Seelenstörung 16 (8 M. 8 Fr.), Imbezillität, Idiotie 15 (10 M. 5 Fr.), zur Beobachtung 20 (17 M. 3 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 78 (18 M. 60 Fr.) unter 3 Monaten, bei 28 (13 M. 15 Fr.) 3—6 Monate, bei 33 (18 M. 15 Fr.) 6—12 Monate, bei 51 (31 M. 20 Fr.) 1—2 Jahre, bei 70 (44 M. 26 Fr.) über 2 Jahre, angeboren 15 (10 M. 5 Fr.), nicht geisteskrank 11 (10 M.



1 Fr.). Als Krankheitsursache ist angegeben Heredität bei 38 (14 M. 24 Fr.), Haft bei 6 (3 M. 3 Fr.), Trunksucht bei 15 (12 M. 3 Fr.), Syphilis bei 19 M., Senium bei 26 (12 M. 14 Fr.), Wochenbett und Laktation bei 8 Fr. Entlassen wurden als geheilt 17 (4 M. 13 Fr.), gebessert 76 (42 M. 34 Fr.), ungeheilt 38 (20 M. 18 Fr.). Gestorben sind 64 (44 M. 20 Fr.), davon an Paralyse 25 (21 M. 4 Fr.), an Lungentuberkulose 6 Männer = 9,37 % aller Todesfälle, von denen 1 bereits vor der Aufnahme erkrankt war.

Lüneburg (165): Bestand am Anfang des Berichtsjahres 949 (486 M. 463 Fr.). Zugang 355 (191 M. 164 Fr.). Abgang 340 (171 M. 169 Fr.). Bleibt Bestand 964 (506 M. 458 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 219 (104 M. 115 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 19 (12 M. 7 Fr.), an Epilepsie mit Seelenstörung 29 (13 M. 16 Fr.), an Imbezillität und Idiotie 29 (20 M. 9 Fr.), an Alkoholismus 13 (12 M. 1 Fr.), zur Beobachtung 34 (27 M. 7 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 95 (51 M. 44 Fr.) unter 3 Monaten, bei 44 (23 M. 21 Fr.) 3—6 Monate, bei 31 (14 M. 17 Fr.) 6—12 Monate, bei 52 (34 M. 18 Fr.) 1—2 Jahre, bei 89 (40 M. 49 Fr.) über 2 Jahre, bei 27 (19 M. 8 Fr.) angeboren. Rückfällig waren 50 (32 M. 18 Fr.). Heredität war 99 mal (53 M. 46 Fr.), Alkoholmißbrauch 32 mal (27 M. 5 Fr.), Syphilis 18 mal (15 M. 3 Fr.), Trauma 6 mal (6 M.), Schwangerschaft und Wochenbett 4 mal Krankheitsursache. Entlassen sind 248 (133 M. 115 Fr.), davon als geheilt 14 (10 M. 4 Fr.), gebessert 109 (49 M. 60 Fr.), ungeheilt 113 (63 M. 50 Fr.), nicht geisteskrank 13 (12 M. 1 Fr.). Gestorben sind 90 (37 M. 53 Fr.), davon an Paralyse 17 (12 M. 5 Fr.), an Tuberkulose 11 (5 M. 6 Fr.), an Altersschwäche 11 (2 M. 9 Fr.). Gesamtausgabe 1 389 768,70 M. Die Rittergüter Brockwinkel und Reppenstedt wurden in Pacht genommen, so daß das Gelände der Anstalt, das bisher 1044 Morgen betrug, auf das Doppelte angewachsen ist. Davon stehen zum eigentlichen Ackerbau der Anstalt nunmehr 1370 Morgen zur Verfügung. 3 große Fischteiche wurden neu angelegt.

Langenhagen (157): Gesamtbestand 841 (499 m. 342 w.). Zugang 540 (330 m. 210 w.). Abgang 500 (312 m. 188 w.). Bleibt Bestand 881 (517 m. 364 w.).

In der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt für Geistesschwache war der Bestand am Beginn des Berichtsjahres 763 (434 m. 329 w.). Zugang 111 (58 m. 53 w.). Abgang 96 (72 m. 24 w.). Bleibt Bestand 778 (420 m. 358 w.). Epileptiker waren am Beginn des Berichtsjahres 112 (63 m. 49 w.) in der Anstalt. Zugang 6, Abgang 14, bleibt Bestand 104 (56 m. 48 w.). Von den Aufgenommenen litten an Idiotie 66 (42 m. 24 w.) = 59,5 %, an Imbezillität 45 (16 m. 29 w.) = 40,5 %. Epilepsie war bei 7 (4 m. 3 w.), Lues hered. bei 1 (w.), Kretinismus bei 1 (w.), Hydrocephalus bei 9 (4 m. 5 w.), Mikrocephalie bei 8 (w.) vorhanden. Die Sprache war nur in einzelnen Lauten oder gar nicht vorhanden bei 21 (13 m. 8 w.) = 19 %. Hereditäre Belastung war nachgewiesen bei 59 (28 m. 31 w.) = 53,1 %. Potus des Vaters wird in 14 Fällen (9 m. 5 w.), Potus des Großvaters in 14 Fällen (8 m. 6 w.), Tuberkulose in der Familie in 8 (3 m. 5 w.), Blutsverwandtschaft der Eltern in 4 (1 m. 3 w.), Trauma in 3 (2 m. 1 w.), Lues der



Eltern bei 1 (w.) angegeben. Entlassen wurden 96 (72 m. 24 w.), davon gebessert 7 (4 m. 3 w.), nicht gebessert 61 (50 m. 11 w.). Jeder der während des Berichtsjahres Abgegangenen ist im Durchschnitt 5 Jahre verpflegt worden. Gestorben sind 28 = 3,6 % der Verpflegten. In 6 Fällen war Tuberkulose Todesursache.

In der Filial-Anstalt zu Himmelsthür war der Anfangsbestand 48. Zugang 37. Abgang durch Tod 3. Bleibt Bestand 82.

Zugang in der Beobachtungsstation 428 (271 M. 157 Fr.). Es litten an einfacher Seelenstörung 221 (110 M. 111 Fr.), Paralyse 40 (32 M. 8 Fr.), Epilepsie 32 (27 M. 5 Fr.), Imbezillität 22 (12 M. 10 Fr.), Alkoholdelirium 87 (78 M. 9 Fr.), Morphinismus 1 M., Hysterie 18 (5 M. 13 Fr.), nicht geisteskrank waren 5 M. Heredität in 156 Fällen (102 M. 54 Fr.), Lues in 20 (17 M. 3 Fr.), Alkohol in 108 (98 M. 10 Fr.), Trauma in 14 (11 M. 3 Fr.), Haft in 13 (10 M. 3 Fr.), Alter in 44 (19 M. 25 Fr.), Puerperium in 11 Fällen Krankheitsursache. Von den Aufgenommenen kamen 151 in eine Anstalt.

Gestorben 28 (21 M. 7 Fr.). Lungentuberkulose war 1mal, Paralyse 5mal (5 M.) Todesursache. Gesamtausgabe 643 794,15 M. Die Beköstigung kostete pro Tag und Kopf 48,61. Ein Neubau für 64 weibliche Pfleglinge wurde vollendet und in Benutzung genommen. Für das Personal der Beobachtungsstation wurden 1 Haus für den Oberwärter und einen Wärter und ein zweites Haus für 3 Wärter erbaut.

O s n a b r ü c k (174): Bestand am Anfang des Berichtsjahres 423 (181 M. 242 Fr.). Zugang 185 (95 M. 90 Fr.). Abgang 184 (83 M. 101 Fr.). Bleibt Bestand 424 (193 M. 231 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 129 (67 M. 62 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 11 (8 M. 3 Fr.), an epileptischer Seelenstörung 9 (5 M. 4 Fr.), an hysterischer Seelenstörung 2 Fr., an Idiotie, Imbezillität 16 (7 M. 9 Fr.), Alkoholismus, Kokainismus 6 M., nicht geisteskrank waren 2 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 52 (29 M. 23 Fr.) weniger als 3 Monate, bei 16 (11 M. 5 Fr.) 3—6 Monate, bei 14 (7 M. 7 Fr.) 6—12 Monate, bei 17 (7 M. 10 Fr.) 1—2 Jahre, bei 69 (32 M. 37 Fr.) länger als 2 Jahre, angeboren bei 15 (7 M. 8 Fr.). Alkoholismus war 15mal (12 M. 3 Fr.), Lues 9mal (8 M. 1 Fr.), Unfall 6mal (5 M. 1 Fr.), Wochenbett 5 mal, Epilepsie 8 mal (4 M. 4 Fr.) Krankheitsursache. Erbliche Belastung ohne sonstige Ursache wird bei 49 (26 M. 23 Fr.) angegeben, Gesamtheredität 67 (36 M. 31 Fr.). Entlassen sind als geheilt 21 (9 M. 12 Fr.), gebessert 55 (26 M. 29 Fr.), nicht gebessert 82 (37 M. 45 Fr.). Von den Geheilten waren 16 (7 M. 9 Fr.) weniger als 6 Monate in der Anstalt, 5 (2 M. 3 Fr.) 6—12 Monate, keiner länger als 1 Jahr. Zur Beobachtung 6 (4 M. 2 Fr.), davon 2 Männer nicht geisteskrank. Es starben 24 (9 M. 15 Fr.), davon an Gehirnerweichung 3 (2 M. 1 Fr.), an Lungentuberkulose 1 Fr., an Herzschwäche 4 (1 M. 3 Fr.). Der drohenden Überfüllung der Männerseite soll dadurch abgeholfen werden, daß 2 neue Frauenvillen gebaut werden und das bisher von Frauen bewohnte Gertrudenkloster mit Männern belegt wird.

L ü b e c k (163): Bestand am Beginn des Berichtsjahres 264 (134 M. 130 Fr.), Zugang 89 (52 M. 37 Fr.), Abgang 54 (34 M. 20 Fr.), bleibt Bestand

299 (152 M. 147 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 73 (43 M. 30 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 4 (1 M. 3 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie und Hystero-Epilepsie 6 (5 M. 1 Fr.), Imbezillität, Idiotie und Kretinismus 3 (3 Fr.), nicht geisteskrank waren 3 (3 M.). Heredität bei 40, 45 % vom Zugang, 50 % vom Bestand. Vom Abgang sind geheilt 18 (12 M. 6 Fr.), gebessert 13 (6 M. 7 Fr.), ungeheilt 19 (12 M. 7 Fr.), nicht geisteskrank 4 (4 M.). Gestorben 20 (9 M. 11 Fr.). Der Bau der Heilanstalt Strecknitz ist programmmäßig fortgeschritten. Im Rohbau fertiggestellt das Verwaltungsgebäude und die Wohnungen des 2. Arztes und des Inspektors, das Wohnhaus des leitenden Arztes, Kochküchen- und Waschküchengebäude, die beiden Pensionärhäuser und das Maschinenhaus.

Gehlsheim (141): Bestand am Beginn des Berichtsjahres 348 (175 M. 173 Fr.). Zugang 234 (122 M. 112 Fr.). Abgang 235 (113 M. 122 Fr.). Bleibt Bestand 347 (184 M. 163 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 158 (70 M. 88 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 14 (11 M. 3 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie 17 (11 M. 6 Fr.), an Idiotismus und Kretinismus 14 (12 M. 2 Fr.), an Delirium potat. 3 M., nicht geisteskrank waren 28 (15 M. 13 Fr.). Vor der Aufnahme waren krank bis zu einem Monat 52 (24 M. 28 Fr.), 2—3 Monate 11 (5 M. 6 Fr.), 4—6 Monate 25 (14 M. 11 Fr.), 7—12 Monate 15 (8 M. 7 Fr.), im 2. Jahre 13 (7 M. 6 Fr.), über 2 Jahre 83 (43 M. 40 Fr.), unbestimmt war die Krankheitsdauer bei 4 (3 M. 1 Fr.). Heredität bei 56 (28 M. 28 Fr.) der Aufgenommenen. Entlassen wurden 160 (72 M. 88 Fr.), davon 33 (13 M. 20 Fr.) als genesen, 75 (35 M. 40 Fr.) als gebessert, 52 (24 M. 28 Fr.) ungeheilt. Von den als genesen Entlassenen waren 15 (7 M. 8 Fr.) bis zu 1 Monat, 3 (1 M. 2 Fr.) 2—3 Monate, 6 (2 M. 4 Fr.) 4—6 Monate, 2 Fr. 7—12 Monate, 1 Fr. im 2. Jahre, 1 M. über 2 Jahre vor seiner Aufnahme krank gewesen. Gestorben 42 Kranke (24 M. 18 Fr.) = 17,4 % des Gesamtabganges und 12,9 % des Durchschnittsbestandes. Die Todesfälle an Tuberkulose betrugen 4,8 % aller Sterbefälle.

Sachsenberg (187): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 561 (278 M. 283 Fr.). Zugang 151 (82 M. 69 Fr.). Abgang 139 (80 M. 59 Fr.). Bleibt Bestand 573 (280 M. 293 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 123 (59 M. 64 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 7 (6 M. 1 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie 14 (12 M. 2 Fr.), Delirium potat. 1 M., Idiotismus und Kretinismus 5 (3 M. 2 Fr.), nicht geisteskrank war 1 M. Vor der Aufnahme waren krank bis zu 1 Monat 26 (13 M. 13 Fr.), 2—3 Monate 12 (5 M. 7 Fr.), 4—6 Monate 9 (5 M. 4 Fr.), 7—12 Monate 12 (5 M. 7 Fr.), im 2. Jahre 14 (6 M. 8 Fr.), über 2 Jahre 59 (35 M. 24 Fr.), unbestimmt 18 (12 M. 6 Fr.). Heredität bei 34 (20 M. 14 Fr.). Zur Beobachtung aufgenommen 3 M., von denen 1 nicht geisteskrank. 1 Suizid durch Erhängen bei einer Frau im Klimakterium. Von den Entlassenen waren genesen 19 (11 M. 8 Fr.), gebessert 34 (22 M. 12 Fr.), ungeheilt 41 (23 M. 18 Fr.). Gestorben 45 (24 M. 21 Fr.) = 32,37 % des Gesamtabganges und 7,87 % des Durchschnittsbestandes. Die Todesfälle an Tuberkulose sind 2,22 % aller Sterbefälle oder 0,18 % des Durchschnittsbestandes.



Lewenberg (160): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 223 (113 m. 110 w.). Zugang 30 (16 m. 14 w.). Entlassen 15 (8 m. 7 w.), gestorben 7 (3 m. 4 w.). Bleibt Bestand 231 (118 m. 113 w.). Von den 30 Aufgenommenen sind 20 als besserungsfähig, 7 als wenig besserungsfähig und 3 als nicht besserungsfähig zu bezeichnen. Bei 16 war Skrofulose, bei 10 Rachitis, bei 9 Wucherungen der Rachentonsillen, bei 5 Epilepsie, bei 3 Mongolentypus, bei 3 Mikrocephalus vorhanden. Heredität vom Vater bei 5 (3 m. 2 w.), von der Mutter bei 4 (1 m. 3 w.), von beiden Eltern bei 1 m., weitere familiäre Anlage bei 6 (4 m. 2 w.). Schwere Geburt des Kindes ist 5 mal (4 m. 1 w.), Erkrankungen des Gehirns, der Hirnhäute und des Rückenmarks im späteren Lebensalter in 6 Fällen (2 m. 4 w.) angegeben. Erkrankung oder ungünstige Beeinflussung der Mutter während der Gravidität durch Schreck usw. wird 2 mal (1 m. 1 w.) angegeben. Entlassen wurden gebessert 11 (6 m. 5 w.) = 50 % des Abganges, 4,31 % der Verpflegten, nicht gebessert 4 (2 m. 2 w.) = 18,18 % des Abganges, 1,57 % der Verpflegten. Es starben 7 (3 m. 4 w.) = 31,82 % des Abgangs, 2,75 % der Verpflegten. Im Durchschnitt wurde für die Beköstigung pro Kopf und Tag 48,76 Pf. aufgewendet.

Alsterdorfer Anstalten (114): Bestand Anfang 1910 847 (493 m. 354 w.). Zugang 115 (63 m. 52 w.). Abgang 82 (47 m. 35 w.). Bestand am Ende des Berichtsjahres 880 (509 m. 371 w.). Gestorben 27 Zöglinge. Von den Aufgenommenen litten an Imbezillität, Idiotie und Kretinismus 74 (42 m. 32 w.), an Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 33 (17 m. 16 w.).

Friedrichsberg (139): Bestand am Beginn des Berichtsjahres 1411 (732 M. 679 Fr.). Zugang 1213 (695 M. 518 Fr.). Abgang 1140 (650 M. 490 Fr.). Bleibt Bestand 1480 (777 M. 703 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 659 (302 M. 357 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 177 (129 M. 48 Fr.), an Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 96 (67 M. 29 Fr.), an Epilepsie 67 (47 M. 20 Fr.), an Hysterie 38 (10 M. 28 Fr.), an Neurasthenie 6 (6 M.), Chorea 3 (1 M. 2 Fr.), Tabes 3 (2 M. 1 Fr.), anderen Krankheiten des Nervensystems 54 (36 M. 18 Fr.), Alkoholismus 103 (91 M. 12 Fr.), nicht geisteskrank waren 19 (17 M. 2 Fr.). Zur Beobachtung gemäß § 81 Str.-Pr.-O. 35 (32 M. 3 Fr.). Heredität bei 139 (41 M. 98 Fr.). Entlassen geheilt 103 (46 M. 57 Fr.), gebessert 429 (236 M. 193 Fr.), ungebessert 434 (266 M. 168 Fr.). Ungeheilt nach Langenhorn überführt 254 (153 M. 101 Fr.). Die Heilung erfolgte bei den Entlassenen in weniger als 1 Monat bei 45 (29 M. 16 Fr.), in 1 Monat bis ¼ Jahr bei 31 (11 M. 20 Fr.), in ¼—½ Jahr bei 17 (3 M. 14 Fr.), in ½—1 Jahr bei 10 (3 M. 7 Fr.) Gestorben 178 (102 M. 76 Fr.), davon an Parayse 50 (40 M. 10 Fr.). — Auch weiterhin drückende Überfüllung.

Langenhorn (158): Krankenbestand am Beginn des Berichtsjahres 1192 (657 M. 535 Fr.). Zugang 289 (186 M. 103 Fr.). Abgang 197 (147 M. 50 Fr.), davon gestorben 63 (42 M. 21 Fr.). Bleibt Bestand 1284 (696 M. 588 Fr.). Von den Aufgenommenen kamen 254 (153 M. 101 Fr.) aus Friedrichsberg, 23 (22 M. 1 Fr.) aus den Gefängnissen in Fuhlsbüttel. 12 Kranke (11 M. 1 Fr.) kamen zur Beobachtung ihres Geisteszustandes.

Von den Erweiterungsbauten Langenhorns, die im Juni und Juli 1909 durch

Senat und Bürgerschaft beschlossen waren, wurden im Jahre 1910 fertiggestellt und bezogen: die Anbauten an 2 Pflegerhäuser und an ein Landhaus sowie 2 Doppelwohnhäuser für Beamte. Die 2 neuen Überwachungshäuser werden in den ersten Monaten des Jahres 1911 betriebsfertig sein. Mit der Ausführung der großen Pflegehäuser à 150 Betten wurde begonnen. Ein Doppelwohnhaus für verheiratete Oberwärter wurde mit Hilfe von geeigneten Kranken hergestellt.

Ellen (134): Bestand am Anfang des Berichtsjahres 548 (306 M. 242 Fr.). Zugang 468 (268 M. 200 Fr.). Entlassen 391 (235 M. 156 Fr.). Gestorben 71 (39 M. 32 Fr.). Bleibt Bestand 554 (300 M. 254 Fr.). Die durchschnittliche jährliche Bestandszunahme beträgt 41,51. Von den Aufgenommenen litten an Dementia praecox 104 (48 M. 56 Fr.), Paranoia 10 (5 M. 5 Fr.), manisch-depressivem Irresein 69 (18 M. 51 Fr.), Imbezillität 14 (10 M. 4 Fr.), Dementia senilis 26 (15 M. 11 Fr.), Paralyse 50 (44 M. 6 Fr.), Hysterie 54 (23 M. 31 Fr.), Epilepsie 29 (20 M. 9 Fr.), chronischem Alkoholismus 24 (21 M. 3 Fr.). Nicht geisteskrank war 1 M. Zur Beobachtung kamen 20 Fälle = 4,33 %. Entlassen wurden als geheilt 78 = 16,88 %, als gebessert 192 (= 41,56 %), ungeheilt 101 (= 21,86 %). Gestorben sind 71 (= 15,37 % des Gesamtabganges).

In Familienpflege befanden sich am Beginn des Berichtsjahres 158 Kranke (73 M. 85 Fr.), am Ende desselben 155 (77 M. 78 Fr.). Die Fertigstellung der im Bau befindlichen großen Pflegehäuser hat sich verzögert, so daß die Überfüllung der Anstalt wieder erheblich zugenommen hat.

Rockwinkel bei Bremen (180): Die Anstalt ging am 1. September 1910 in anderen Besitz über, nachdem sie sich seit 1764 in der Familie des Dr. *Engelken* stets vom Vater auf den Sohn vererbt hatte. Es soll in Zukunft auf die Ausgestaltung der offenen Abteilung besonderes Gewicht gelegt werden, außerdem ist der Bau von 2 Pavillons für Unruhige in Aussicht genommen. Ein Wachsaal und ein Dauerbad für unruhige Damen wurden eingerichtet. In Zukunft besteht nur noch eine Verpflegungsklasse.

Bestand am Anfange des Jahres 15 (6 M. 9 Fr.). Zugang 17 (5 M. 12 Fr.). Abgang 16 (4 M. 12 Fr.), davon geheilt 4, gebessert 4, ungeheilt 5, gestorben 3. Hereditäre Belastung in 13 von 32 Fällen.

Wehnen (207): Bestand Anfang 1910 284 Kranke (156 M. 128 Fr.). Zugang 126 (52 M. 74 Fr.), Abgang 103 (50 M. 53 Fr.). Bleibt Bestand 307 (158 M. 149 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an angeborenem Schwachsinn 6 (1 M. 5 Fr.), an Dementia paralytica 4 M., an Geistesstörung bei Hirnerkrankung 6 M., an Dementia senilis 13 (5 M. 8 Fr.), an epileptischem Irresein 3 (2 M. 1 Fr.), an alkoholischen Formen 4 (2 M. 2 Fr.), an Dementia praecox 27 (11 M. 16 Fr.), an manisch-depressivem Irresein 50 (13 M. 37 Fr.), an Paranoia 3 (2 M. 1 Fr.). Nicht geisteskrank waren 2 M. Entlassen wurden als geheilt 21 (7 M. 14 Fr.), gebessert 35 (16 M. 19 Fr.), ungeheilt 21 (9 M. 12 Fr.). Gestorben sind 24, darunter 13 an Herzlähmung, 5 an Tuberkulose. Gesamtausgabe 311 886,92 M. Zur Beobachtung aufgenommen wurden 4 M., von denen 3 geisteskrank waren. Ein neues Aufnahme- und Überwachungshaus für weibliche Kranke wurde fertiggestellt und in Gebrauch genommen.



L i n d e n h a u s (161): Bestand am Beginn des Berichtsjahres 393 (199 M. 194 Fr.). Zugang 100 (53 M. 47 Fr.). Abgang 113 (64 M. 49 Fr.). Bleibt Bestand 380 (188 M. 192 Fr.). Von den Verpflegten litten an einfacher Seelenstörung 382 (181 M. 201 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 8 (7 M. 1 Fr.), an Imbezillität und Idiotie 30 (11 M. 19 Fr.), an Epilepsie 44 (30 M. 14 Fr.), an Alkoholismus 18 M., an Hysterie 15 Fr. Nicht geisteskrank waren 3 M. Bei der Aufnahme waren geisteskrank seit weniger als 1 Jahr 90 (= 20,4 %), 1—2 Jahre 33 (= 7,5 %), 2—4 Jahre 57 (= 13,2 %), 4—6 Jahre 59 (= 13,4 %), 6—8 Jahre 52 (= 11,8 %), 8—10 Jahre 31 (= 7,1 %), mehr als 10 Jahre 117 (= 26,6 %). Mit dem Strafgesetze in Konflikt geraten waren 78 (65 M. 13 Fr.) = 15,82 %. Es waren tuberkulös 66 (35 M. 31 Fr.) = 13,4 %. Zur Beobachtung 6 Männer. Es wurden entlassen 76, davon als erwerbsfähig 41 (27 M. 14 Fr.), als gebessert, nicht erwerbsfähig 21 (12 M. 9 Fr.), als ungeheilt 14 (9 M. 5 Fr.). Gestorben 28 = 5,7 %. Tuberkulose war 7 mal, Paralyse 1 mal Todesursache.

E i c h b e r g (133): Bestand am 31. März 1910: 750 (425 M. 325 Fr.). Zugang 226 (132 M. 94 Fr.). Abgang 225 (153 M. 72 Fr.). Bleibt Bestand 751 (404 M. 347 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 3 Monaten bei 35 (15 M. 20 Fr.), 3—6 Monate bei 41 (15 M. 26 Fr.), mehr als 6 Monate bei 136 (90 M. 46 Fr.). Es litten vom Zugang an einfacher Seelenstörung 143 (69 M. 74 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 15 (10 M. 5 Fr.), Imbezillität, Idiotie 28 (22 M. 6 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 19 (15 M. 4 Fr.), Alkoholismus 9 M., Neurasthenie 3 (1 M. 2 Fr.), hysterischer Seelenstörung 2 Fr., Dementia senilis 1 Fr. Heredität bei 57 (34 M. 23 Fr.). Alkoholmißbrauch war bei 33 (31 M. 2 Fr.), Syphilis bei 11 (9 M. 2 Fr.), Erschöpfung (Haft) bei 12 (10 M. 2 Fr.), Kopfverletzung bei 7 Männern, Epilepsie bei 13 (11 M. 2 Fr.) Krankheitsursache. Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt gekommen 73 (66 M. 7 Fr.). Zur Beobachtung 12 Personen. 19 Fürsorgezöglinge wurden aufgenommen, bei den meisten lag einfacher Schwachsinn vor. Entlassen wurden als geheilt 4 Kranke (4 M.), gebessert 78 (49 M. 29 Fr.), ungebessert 69 (55 M. 14 Fr.). Gestorben 65, davon an Paralyse 18 (11 M. 7 Fr.), an Tuberkulose 5 (4 M. 1 Fr.). In Familienpflege am Jahresschluß 79 (21 M. 58 Fr.). Ein leichter Typhusfall. Gesamtausgabe 635 390,56 M.

W e i l m ü n s t e r (208): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 960 (477 M. 483 Fr.). Zugang 229 (120 M. 109 Fr.). Vom Urlaub zurück 2 M. Abgang 211 (106 M. 105 Fr.). Bleibt Bestand 980 (493 M. 487 Fr.). Bei den Aufgenommenen betrug die Krankheitsdauer vor der Aufnahme unter 3 Monaten bei 50 (30 M. 20 Fr.), 3—6 Monate bei 21 (10 M. 11 Fr.), über 6 Monate bei 158 (80 M. 78 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 129 (60 M. 69 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 25 (15 M. 10 Fr.), an Epilepsie mit Seelenstörung 14 (9 M. 5 Fr.), an Hysterie 5 (1 M. 4 Fr.), Imbezillität, Idiotie 28 (9 M. 19 Fr.), Alkoholismus 28 (26 M. 2 Fr.), nicht geisteskrank waren 2 M. Von den aufgenommenen Männern waren belastet 45 %, von den Frauen 42 %. Alkoholmißbrauch war bei 45 (40 M. 5 Fr.), Lues bei 21 (14 M. 7 Fr.), Arteriosklerose bei 6 (4 M. 2 Fr.), Verletzungen, besonders solche des Kopfes bei 14

(10 M. 4 Fr.), Haft bei 11 (9 M. 2 Fr.), Klimakterium bei 4 Frauen, Wochenbett, Laktation bei 15 Frauen, Senium bei 23 (7 M. 16 Fr.) Krankheitsursache. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen waren 67 (56 M. 11 Fr.). Zur Beobachtung 2 M. Entlassen als geheilt 14 (7 M. 7 Fr.), gebessert 56 (33 M. 23 Fr.), ungeheilt 50 (22 M. 28 Fr.). Gestorben 87 (40 M. 47 Fr.), davon an Tuberkulose 17 (8 M. 9 Fr.), Typhus abdom. 2 Fr. Ungewöhnliche Schwierigkeit des Krankenmaterials und immer größere Anhäufung verbrecharischer Elemente. Schwere Influenzaepidemie, später Typhusepidemie, 9 Fälle mit 2 Todesfällen. Sämtliche Erkrankte wurden in der Baracke für Infektionskrankheiten streng isoliert. Gesamtausgabe 610 308,26 M.

Rheinprovinz (178): In den Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalten befanden sich am 1. April 1910: 5979 (3302 M. 2677 Fr.). Zugang 3373 (1912 M. 1461 Fr.). Abgang 3171 (1790 M. 1381 Fr.). Bleibt Bestand 6181 (3424 M. 2757 Fr.).

Andernach: Bestand am 1. April 1910: 558 (299 M. 259 Fr.). Zugang 273 (141 M. 132 Fr.). Abgang 253 (138 M. 115 Fr.). Bleibt Bestand 578 (302 M. 276 Fr.).

Bonn: Bestand am 1. April 1910: 828 (404 M. 424 Fr.). Zugang 582 (327 M. 255 Fr.). Abgang 488 (276 M. 212 Fr.). Bleibt Bestand 922 (455 M. 467 Fr.).

Düren: Bestand am 1. April 1910: 711 (413 M. 298 Fr.). Zugang 273 (154 M. 119 Fr.). Abgang 248 (152 M. 96 Fr.). Bleibt Bestand 736 (415 M. 321 Fr.).

Galkhausen: Bestand am 1. April 1910: 887 (442 M. 445 Fr.). Zugang 508 (271 M. 237 Fr.). Abgang 523 (265 M. 258 Fr.). Bleibt Bestand 872 (448 M. 424 Fr.).

Grafenberg: Bestand am 1. April 1910: 942 (521 M. 421 Fr.). Zugang 766 (442 M. 324 Fr.). Abgang 765 (423 M. 342 Fr.). Bleibt Bestand 943 (540 M. 403 Fr.).

Johannistal: Bestand am 1. April 1910: 1008 (560 M. 448 Fr.). Zugang 577 (326 M. 251 Fr.). Abgang 515 (294 M. 221 Fr.). Bleibt Bestand 1070 (592 M. 478 Fr.).

Merzig: Bestand am 1. April 1910: 793 (411 M. 382 Fr.). Zugang 344 (201 M. 143 Fr.). Abgang 333 (196 M. 137 Fr.). Bleibt Bestand 804 (416 M. 388 Fr.).

Köln-Lindenthal: Bestand am 1. April 1910: 193 M. Zugang 20. Abgang 20. Bleibt Bestand 193.

Brauweiler: Bestand am 1. April 1910: 59 Männer. Zugang 30. Abgang 26. Bleibt Bestand 63.

Vom Gesamtzugang litten an einfacher Seelenstörung 2237 (1098 M. 1139 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 273 (198 M. 75 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie 338 (222 M. 116 Fr.), an Epilepsie 105 (80 M. 25 Fr.), an Imbezillität, Idiotie und Kretinismus 186 (114 M. 72 Fr.), an Delirium potat. 155 (137 M. 18 Fr.), nicht geisteskrank waren 79 (63 M. 16 Fr.). Heredität bei 1061 (620 M.



y*

441 Fr.) = 31,4 % der Aufgenommenen, Alkoholmißbrauch bei 462 (414 M.
48 Fr.) = 13,4 %. Von den Aufgenommenen hatten sich 169 (124 M. 45 Fr.) =
5 % eine syphilitische Ansteckung zugezogen, von den 273 Paralytikern wu
Infektion mit Lues bei 122 (97 M. 25 Fr.) = 44,2 % festgestellt. Vor ihrer Au
nahme mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 546 Kranke (482 M. 64 F.
= 16,1 %. Unmittelbar aus der Strafhaft kamen 1910: 191 Personen (im V
jahre 247). Von den Abgegangenen sind genesen 460 (255 M. 205 Fr.), gebes
1021 (602 M. 419 Fr.), ungeheilt 905 (482 M. 423 Fr.), davon 550 (296 M. 254 F
in andere Anstalten, nicht geisteskrank 77 (64 M. 13 Fr.). Gestorben sind
(387 M. 321 Fr.) = 7,5 % der Verpflegten, und zwar in Andernach 6,25 %
Bonn 7,6 %, in Düren 8,6 %, Galkhausen 10,7 %, Grafenberg 7,8 %, Johannis
6,4 %, Merzig 5,9 %, Brauweiler 1,1 %, Köln-Lindenthal 5,6 %. 0,7 % der V
pflegten sind an Tuberkulose gestorben. Tuberkulose war Todesursache in And
nach bei 7,7 %, in Bonn bei 8,5 %, in Düren bei 12,94 %, in Galkhausen bei 7,4
in Grafenberg bei 6,7 %, in Johannistal bei 7,9 %, in Merzig bei 22,4
in Lindenthal bei 41,6 % der Verstorbenen. 152 (118 M. 34 34 Fr.) =
21,4 % der Gestorbenen hatten an Paralyse gelitten. Krankheiten des Geh
und seiner Häute waren 83 mal (39 M. 44 Fr.), Krankheiten der Lunge 144
(73 M. 71 Fr.), Herzleiden 87 mal (51 M. 36 Fr.), Unglücksfälle 5 mal (5 M
Suizid 3 mal (3 M.) Todesursache. In Düren trat die Ruhr epidemisch auf.
Erkrankten wurden isoliert und erst nach dreimaligem negativen Ergebnis
bakteriologischen Untersuchung aus der Isolierstation entlassen.

1 Typhusfall in Andernach, wo außerdem noch 2 Typhusbazillenträger
sind, die nach Merzig übergeführt werden sollen. In Merzig sollen in Zukunft
Typhusbazillenträger der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalten isoliert werd
Die Absonderung soll so lange durchgeführt werden, bis die Dejektionen
mindestens ein halbes Jahr frei von Bazillen erwiesen haben. Dort werden
alle Neuaufnahmen und alle neu eintretenden Pflegepersonen auf das Aussche
von Typhusbazillen untersucht. 2 neue Ausscheiderinnen auf der Frauen
kamen hinzu. In Johannistal erlitt ein Epileptischer im Anfall eine Fraktur
Schädelbasis mit tödlichem Ausgang. 1 Kranker in Düren erhängte sich.
Kranke in Merzig vergiftete sich mit Opiumtinktur, ein anderer durchschnitt
nach Zertrümmern einer Fensterscheibe mit dem Kopf die großen Halsgefä
In Andernach wurde ein Kranker, der freien Ausgang hatte, räuberisch überfa
und erlag seinen Verletzungen.

Der Neubau der Anstalt Bedburg-Cleve ist so weit gefördert, daß im La
des Monats Oktober 1911 die ersten Kranken dahin überführt werden könn
Bis dahin werden 15 Krankengebäude, Koch- und Waschküche, Werkstä
gebäude, Bäckerei, Kessel- und Maschinenhaus und der Hauptgutshof fertigge
sein. Der Ausbau der übrigen Gebäude ist so weit vorgeschritten, daß mit
vollständigen Fertigstellung der Anstalt zum Frühjahr 1912 gerechnet werden ka

Tannenhof (199): Im ganzen wurden verpflegt 638 (320 M. 318 F
Aufgenommen 162. Heredität bei 72 (35 M. 37 Fr.). Alkoholbelastung b
(4 M. 4 Fr.), eigener Alkoholismus bei 9 (8 M. 1 Fr.). Krankheitsdauer vor



Aufnahme im 1. Monat bei 24 (5 M. 19 Fr.), im 2. Monat 6 (3 M. 3 Fr.), im 3. Monat 11 (6 M. 5 Fr.), vom 4.—6. Monat 20 (11 M. 9 Fr.), vom 6.—12. Monat 34 (21 M. 13 Fr.), im 2.—5. Jahre 42 (28 M. 14 Fr.), länger als 5 Jahre bei 15 (4 M. 11 Fr.). Abgang 152 (82 M. 70 Fr.), davon nicht geisteskrank 8 (5 M. 3 Fr.), genesen 14 (6 M. 8 Fr.), gebessert 46 (21 M. 25 Fr.), ungeheilt 44 (23 M. 21 Fr.). Gestorben 40 (27 M. 13 Fr.). Allgemeine Tuberkulose war 1 mal (1 M.), „allgemeine Gehirn- und Herzlähmung" 12 mal (11 M. 1 Fr.) Todesursache. 8 leichte Typhusfälle unbekannter Herkunft.

Der Gesamtbestand in den Landes-Heil- und Pflege-Anstalten des Königreichs Sachsen (186) betrug bei Beginn des Jahres 1909: 5004 Kranke (2332 M. 2672 Fr.), — 35 (1 M. 34 Fr.) mehr als im Vorjahre. Zugang 831 Personen (452 M. 379 Fr.). Gesamtabgang 698 (367 M. 331 Fr.).

Sonnenstein: Anfangsbestand 620 (330 M. 290 Fr.). Zugang 138 (68 M. 70 Fr.). Abgang 111 (63 M. 48 Fr.). Bleibt Bestand 647 (335 M. 312 Fr.).

Untergöltzsch: Anfangsbestand 527 (243 M. 284 Fr.). Zugang 143 (78 M. 65 Fr.). Abgang 102 (59 M. 43 Fr.). Bleibt Bestand 568 (262 M. 306 Fr.).

Großschweidnitz: Anfangsbestand 479 (206 M. 273 Fr.). Zugang 127 (62 M. 65 Fr.). Abgang 104 (41 M. 63 Fr.). Bleibt Bestand 502 (227 M. 275 Fr.).

Zschadraß: Anfangsbestand 552 (276 M. 276 Fr.). Zugang 100 (55 M. 45 Fr.). Abgang 95 (50 M. 45 Fr.). Bleibt Bestand 557 (281 M. 276 Fr.).

Hubertusburg: Anfangsbestand 1481 (557 M. 924 Fr.). Zugang 205 (113 M. 92 Fr.). Abgang 169 (80 M. 89 Fr.). Bleibt Bestand 1517 (590 M. 927 Fr.).

Colditz: Anfangsbestand 592 (302 M. 290 Fr.). Zugang 29 (16 M. 13 Fr.). Abgang 30 (17 M. 13 Fr.). Bleibt Bestand 591 (301 M. 290 Fr.).

Hochweitzschen: Anfangsbestand 753 (418 M. 335 Fr.). Zugang 89 (60 M. 29 Fr.). Abgang 87 (57 M. 30 Fr.). Bleibt Bestand 755 (421 M. 334 Fr.).

Vom Gesamtzugang litten an einfacher Seelenstörung 558 (247 M. 311 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 109 (95 M. 14 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie und Hysteroepilepsie 8 (6 M. 2 Fr.), an Imbezillität 18 (9 M. 9 Fr.), an Idiotie 34 (20 M. 14 Fr.). Es litten an manisch-depressivem Irresein 138 (39 M. 99 Fr.), an Amentia 53 (24 M. 29 Fr.), an Dementia praecox 231 (122 M. 109 Fr.), an Paranoia 47 (27 M. 20 Fr.), chronischem Alkoholismus 11 Männer. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 3 Monaten bei 181 (= 26,7 %), bis zu 6 Monaten bei 77 (= 11,5 %), bis zu 12 Monaten bei 65 (= 9,9 %), bis zu 2 Jahren bei 67 (= 10,0 %), bis zu 3 Jahren bei 59 (= 8,7 %), bis zu 4 Jahren bei 21 (= 3,1 %), bis zu 5 Jahren bei 24 (= 3,5 %), über 5 Jahre bei 89 (= 13,2 %), von Kindheit auf bei 48 (= 7,1 %). Der Prozentsatz der an Dementia praecox Leidenden ist in den letzten Jahren ziemlich gleich geblieben (30—32 % der Gesamtursachen); auch die Zahl der Paralytiker ist annähernd die gleiche wie früher. Heredität seitens der Aszendenz oder der nächsten Kollaterale bei 357 der nichtparalytischen Aufnahmen (= 51,1 %). Bei den Paralytikern fanden sich 41 % Heredität. Al-



koholmißbrauch wird bei 8,7 % der Männer, bei 1,4 % der Frauen als Krankh- ursache angeführt. Die Zahl der Männer, deren Seelenstörung allein oder hau- sächlich auf den Alkoholabusus zurückzuführen war, hat im Laufe des letz- Jahrzehnts allmählich abgenommen. Von den in Hochweitschen aufgenomme- Epileptikern erschienen nur knapp 6 % psychisch intakt. Lues im Vorleben wu- bei den aufgenommenen Paralytikern nur in 50 % festgestellt. Trauma war b- 8,2 % der Männer und bei 3 % der Frauen als Ursache der Erkrankung angefüh- Bei dem Zugang an Epileptikern lag erbliche Belastung in 46 % der Fälle vor Alkoholmißbrauch bei 5 %, bei 50 % psychische Debilität, Imbezillität, Id- Als genesen und relativ genesen bzw. wesentlich gebessert entlassen sind aus de- Heil- und Pflege-Anstalten für Geisteskranke im ganzen 253 (109 M. 144 F- Bei 76 % der Fälle ist der überhaupt erreichbare Kurerfolg im ersten Behandlung- jahr erzielt. Als ungebessert sind entlassen 106 (53 M. 53 Fr.). Gestorben sin- eines natürlichen Todes im ganzen 217 (125 M. 92 Fr.) = 5 % des durchschnit- lichen Krankenbestandes (bei den Männern 6,3 %, bei den Frauen 3,9 %).

An Paralyse starben 30,4 %, an Tuberkulose 12,4 % aller Verstorbene- 3 Kranke endeten durch Suizid. In der Anstalt Sonnenstein ist die Mortalität vo- 14 % in den Jahren 1866 bis 1875 auf 4,6 % herabgesunken. Beschäftigungs- ziffer bei den Männern 40—74 %, bei den Frauen 28—62 %. In mehreren An- stalten Auftreten einzelner Typhusfälle, bei einer größeren Anzahl von Kranke- wurde positiver Widal gefunden.

Die Landesanstalt für Geisteskranke zu Waldheim hatte einen Anfangs- bestand von 191 Köpfen. Zugang 57. Abgang 50. Bleibt Bestand 198. Es kame- aus Strafanstalten 40. Nicht vorbestraft waren von den Aufgenommenen nur 4 Es litten an einfacher Seelenstörung 40 = 75,5 %, an paralytischer Seelenstörun- 1 = 1,9 %, an Seelenstörung mit Epilepsie 6 = 11,3 %, an Imbezillität 6 = 11,3 %. Erbliche Belastung war in 20, angeborene Anlage in 18 Fällen, Alkoholmißbrauch in 18, Lues in 6, Haft in 17, Trauma in 4 Fällen Krankheitsursache. Von den Ent- lassenen waren genesen 6, vom Anfall genesen 3, gebessert 6. Kein Todesfall.

In der Abteilung für Geisteskranke in der Strafanstalt zu Bautzen be- fanden sich am Beginn des Berichtsjahres 68, der Zugang betrug 12, Abgang 18. Endbestand 62.

Die Psychiatrische und Nervenklinik zu Leipzig — 170 Betten — wa- von 1036 Kranken (667 M. 369 Fr.) besucht. Durchschnittliche Verpflegungs- dauer bei den Männern 44,9, bei den Frauen 74 Tage. Von den Verpflegten waren 623 geisteskrank, 213 nervenkrank und 177 Alkoholiker. Bei 166 bestand erbliche Belastung, bei 205 Alkoholmißbrauch. Abgang 833, darunter 38 Todesfälle.

Die städtische Heil- und Pflege-Anstalt zu Dresden verpflegte: 1. in der Heil-Anstalt mit 120 Betten: 1230 Kranke (743 M. 487 Fr.). Geisteskrank waren 817, Alkoholiker 290, nervenkrank 121 Personen. Zugang 1115 (676 M. 439 Fr.). Abgang 692 Männer (33 Todesfälle) und 428 Frauen (19 Todesfälle). Die Errich- tung eines Neubaues für Geisteskranke infolge Überfüllung der Räume ist in Vor- bereitung. 2. in der Pflegeabteilung (1200 Betten) 1832 Kranke (832 M. 1000 Fr.).

Von den Pfleglingen waren 1236 geisteskrank, 101 Alkoholiker und 227 nervenkrank. Abgang 659, 282 Todesfälle.

In der Zweiganstalt Luisenhaus in Dresden-Löbtau mit 189 Betten wurden 203 Kranke (127 M. 76 Fr.) verpflegt. Von den Verpflegten waren 181 geisteskrank, 9 nervenkrank und 2 Alkoholiker. Bei 3 von 17 Neuaufgenommenen bestand erbliche Belastung, bei 9 Alkoholmißbrauch. Abgang 17, gestorben 5.

In der ebenfalls von der Stadt Dresden unterhaltenen Heilanstalt für Trunksüchtige zu Klingenberg mit 23 Betten wurden 53 Männer behandelt, von denen 29 als geisteskrank zu bezeichnen waren. Anfangsbestand 22, Zugang 31, Abgang 30.

Die Irren- und Siechen-Anstalt der Stadt Leipzig zu Dösen hatte im Beginn des Jahres 1909 einen Bestand von 1072 (568 M. 504 Fr.). Zugang 535 (383 M. 152 Fr.). Abgang 471 (336 M. 135 Fr.). Vom Zugang kamen 404 (313 M. 91 Fr.) aus der psychiatrischen Klinik, aus anderen Anstalten 46 (21 M. 25 Fr.). Von den neu eingetretenen Kranken litten an einfacher Seelenstörung 226 (132 M. 94 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 112 (88 M. 24 Fr.), Imbezillität Idiotie 33 (26 M. 7 Fr.), Epilepsie 51 (41 M. 10 Fr.), Hysterie 10 (3 M. 7 Fr.), Alkoholismus 86 (83 M. 3 Fr.). An Dementia praecox (Hebephrenie, Katatonie, Dementia paranoides) litten 104 (64 M. 40 Fr.), an periodischer Seelenstörung 35 (14 M. 21 Fr.), an Paranoia 20 (6 M. 14 Fr.). Es wurden verhältnismäßig mehr paralytische Frauen als Männer aufgenommen, nämlich 21,4 % des männlichen und 28,9 % des weiblichen Gesamtzuganges. 16 % der Aufnahmen waren Alkoholiker. Heredität bei 199 Kranken (= 37,2 %). Krankheitsdauer bis zu 2 Monaten bei 80 (61 M. 19 Fr.), 3—6 Monate bei 35 (21 M. 14 Fr.), ½—1 Jahr 59 (39 M. 20 Fr.), 1 bis 2 Jahre bei 57 (41 M. 16 Fr.), mehr als 2 Jahre bei 281 (211 M. 70 Fr.). Entlassen wurden als geheilt 28 (21 M. 7 Fr.), gebessert 225 (179 M. 46 Fr.), ungeheilt 93 (61 M. 32 Fr.). Gestorben 125 (75 M. 50 Fr.), davon an Paralyse 57 (46 M. 11 Fr.) = 45,6 % aller Todesfälle. Lungentuberkulose war 13 mal (5 M. 8 Fr.) Todesursache = 10 %. 1 Suizid. Die Familienpflege hat nur eine geringe Erweiterung erfahren, von 61 auf 73 Kranke (41 M. 32 Fr.). Wegen zunehmender Schwierigkeit des Krankenmaterials mußte eine Erhöhung der Zahl der Pflegepersonen in Aussicht genommen werden.

Die Irrenheil-Anstalt zu Leipzig-Thonberg mit 65 Betten behandelte 71 Kranke (32 M. 39 Fr.), von denen 64 Geisteskranke, 4 Nerven- und 3 Alkoholkranke waren. Heredität bei 7 Kranken. Abgang 25, 4 Todesfälle.

In der Nervenheil-Anstalt zu Chemnitz (124 Betten) wurden 437 Kranke (243 M. 194 Fr.) verpflegt. 352 waren geisteskrank, 37 nervenkrank und 43 Alkoholiker.

Die Privatirren- und Nervenheil-Anstalten zu Neucoswig, Tharandt, Möckern, Prödel und Elsterberg mit zusammen 225 Betten wurden von 470 Kranken (236 M. 234 Fr.) besucht, unter denen sich 225 Geisteskranke, 135 Nervenkranke und 32 Alkoholiker befanden.

In der Unfallnervenklinik Hermann-Haus zu Stötteritz (40 Betten) kamen insgesamt 1173 männliche Kranke zur Behandlung. Davon waren



51 geisteskrank, 978 nervenkrank und 10 Alkoholiker. 118 waren erblich belastet, bei 128 Alkoholmißbrauch.

Die Abteilung für Schwachsinnige der Landeserziehungs-Anstalt für Blinde und Schwachsinnige zu Chemnitz hatte am Beginn des Jahres 1909 einen Bestand von 516 Kindern. Zugang 127, Abgang 115. Der Schwachsinn wird zurückgeführt auf englische Krankheit in 35 Fällen, Erblichkeit in 23 Fällen, Alkoholismus der Aszendenz in 16, Hirnhaut- und Gehirnentzündung in 13, angeborene Syphilis in 8 Fällen, 4 Zöglinge litten an Epilepsie, 3 an Myxidiotie, 11 an Geisteskrankheit.

In den bei der Landesheil- und Pflege-Anstalt zu Hubertusburg bestehenden Abteilungen für bildungsunfähige schwachsinnige Kinder waren am Jahresbeginn 92 (45 m. 47 w.). Zugang 32 (18 m. 14 w.), Abgang 33 (18 m. 15 w.), davon 3 gestorben (2 m. 1 w.).

In der Blödenanstalt Martinsstift zu Sohland am Rotstein sind 88 Kinder (55 m. 33 w.) untergebracht gewesen. Zugang 7, Abgang 6 (sämtlich durch Tod).

Dösen (130): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 1136 (615 M. 521 Fr.). Zugang 621 (422 M. 199 Fr.). Abgang 550 (381 M. 169 Fr.). Bleibt Bestand 1207 (656 M. 551 Fr.). Vom Zugang kamen 491 (351 M. 140 Fr.) aus der psychiatrischen Klinik in Leipzig, aus andern Anstalten 42 (22 M. 20 Fr.), unmittelbar aufgenommen wurden 88 (49 M. 39 Fr.). Es litten an einfacher Seelenstörung 270 (146 M. 124 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 113 (91 M. 22 Fr.). an Imbezillität, Idiotie 49 (34 M. 15 Fr.), Epilepsie 74 (59 M. 15 Fr.), Hysterie 20 (9 M. 11 Fr.), Alkoholismus 84 (79 M. 5 Fr.). An den verschiedenen Formen der Dementia praecox litten 99 (57 M. 42 Fr.), an periodischer Seelenstörung 51 (34 M. 17 Fr.), an Manie 3 (1 M. 2 Fr.), Melancholie 20 Frauen, Paranoia 17 (4 M. 13 Fr.), Dementia senilis 31 (13 M. 18 Fr.), Dementia arterioscler. 18 (17 M. 1 Fr.), an psychischer Degeneration 21 (16 M. 5 Fr.). An Paralyse litten 113 (91 M. 22 Fr.) der Aufgenommenen, d. i. 18 % des Gesamtzugangs, 21,5 % der Männer und 11,6 % der Frauen. Alkoholkranke waren 84 (79 M. 5 Fr.) = 13,5 %. Heredität bei 240 (172 M. 68 Fr.) = 38,6 % aller Aufgenommenen, 40,8 % der Männer und 34,2 % der Frauen. Unter den an einfacher Seelenstörung Leidenden waren 37,4 % erblich belastet, unter den Paralytikern 21,8 %, unter den Imbezillen und Idioten 34,7 %, unter den Epileptischen 52,7 %, unter den Hysterischen 55 %, unter den Alkoholisten 53,6 %. Die Krankheitsdauer vor der Aufnahme betrug bis zu 3 Monaten bei 117 (71 M. 46 Fr.), 3—6 Monate bei 34 (23 M. 11 Fr.), ½—1 Jahr bei 49 (30 M. 19 Fr.), 1—2 Jahre bei 50 (37 M. 13 Fr.), über 2 Jahre bei 337 (250 M. 87 Fr.). Es wurden entlassen als geheilt 20 (17 M. 3 Fr.) = 3,6 %, gebessert 261 (187 M. 74 Fr.) = 47,4 %, ungeheilt 125 (87 M. 38 Fr.). Gestorben sind 144 (90 M. 54 Fr.), davon 67 (52 M. 15 Fr.) an Paralyse = 46,5 % aller Todesfälle. An Lungentuberkulose starben 10,4 % der Verstorbenen. In Familienpflege bei Beginn des Berichtsjahres 73 (41 M. 32 Fr.), am Ende des Berichtsjahres 65 (34 M. 31 Fr.). Neuerdings wurde der Versuch gemacht, Trinker zu Familien, die einem Enthaltsamkeitsvereine angehören, in Pflege zu geben, indem man auch



ie Trinker dem Verein beitreten läßt. Die Zahl des Pflegepersonals wurde um je 2 Pfleger und Pflegerinnen vermehrt. Mit der Errichtung zweier neuer großer ebäude für 220 Patienten wurde begonnen.

Roda, Martinshaus (182): Bestand am Anfang des Berichtsjahres 6 (51 m. 35 w.). Zugang 16 (10 m. 6 w.). Abgang 17 (8 m. 9 w.). Bleibt estand 85 (53 m. 32 w.). Vom Bestande waren behaftet mit Epilepsie 24 (16 m. w.), Chorea 8 (5 m. 3 w.), Lähmung der Hirnnerven 7 (3 m. 4 w.), der Gliedaßen 9 (2 m. 7 w.). Unehelich geboren waren 12 (8 m. 4 w.). Bei den Eltern, zw. nächsten Verwandten, der 102 Idioten fanden sich Geistes- und Nervenkrankeiten bei 51 (30 m. 21 w.), Alkoholismus bei 13 (7 m. 6 w.), Syphilis bei 6 m. 2 w.), Tuberkulose bei 9 (4 m. 5 w.). Entlassen 15 (7 m. 8 w.). Verorben 2 (1 m. 1 w.), beide im Status epilepticus.

Roda, Genesungshaus (181): Bestand in der Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke am Anfang des Berichtsjahres 393 (209 M. 184 Fr.). ıgang 189 (108 M. 81 Fr.). Abgang 140 (83 M. 57 Fr.). Bleibt Bestand 442 34 M. 208 Fr.). In Familienpflege am Schluß des Jahres 40 (18 M. 22 Fr.). ım Zugang litten an einfacher Seelenstörung 128 (67 M. 61 Fr.), an paralytischer elenstörung 21 (18 M. 3 Fr.), Imbezillität, Idiotie und Kretinismus 11 (6 M. Fr.), Epilepsie 9 (5 M. 4 Fr.), Hysterie 10 (5 M. 5 Fr.), Alkoholismus 6 (5 M. Fr.). Heredität bei 36 (16 M. 20 Fr.), Alkoholmißbrauch bei 19 (18 M. 1 Fr.). tlassen als geheilt 34 (20 M. 14 Fr.), gebessert 50 (34 M. 16 Fr.), ungeheilt 18 3 M. 5 Fr.). Gestorben 38, davon an Lungentuberkulose 2 (1 M. 1 Fr.), phus abdomin. 3 Frauen.

Bayreuth (117): Bestand am 1. Januar 1908: 624 (352 M. 272 Fr.). gang 163 (86 M. 77 Fr.). Abgang 150 (80 M. 70 Fr.). Bleibt Bestand 637 8 M. 279 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung ; (50 M. 56 Fr.), an hystero-epileptischer Seelenstörung 21 (9 M. 12 Fr.), Imillität 16 (12 M. 4 Fr.), Delirium potator. (Alkoholismus chron.) 9 (8 M. 1 Fr.). ankheitsdauer vor der Aufnahme bei 41 (20 M. 21 Fr.) bis zu 1 Monat, bei 12 M. 8 Fr.) 2—3 Monate, bei 10 (2 M. 8 Fr.) 4—6 Monate, bei 10 (3 M. 7 Fr.) 12 Monate, bei 7 (4 M. 3 Fr.) im 2. Jahre, bei 42 (30 M. 12 Fr.) über 2 Jahre, estimmt 2. Heredität bei 77 (40 M. 37 Fr.) = 49 % (48). Alkoholmißbrauch 16 (15 M. 1 Fr.) = 9 % der Aufnahmen. Zur Beobachtung nach § 81 6 M. 1 Fr.), davon 2 nicht geisteskrank. Entlassen wurden als genesen 19 (8 M. Fr.) = 13,1 %, gebessert 53 (36 M. 17 Fr.) = 37,2 %, ungebessert 29 (16 M. Fr.) = 19,2 %, 5 als nicht geisteskrank. Gestorben 44 (15 M. 29 Fr.) = 30,3 %. starben an Paralyse 6, im Status epilepticus 3, an Lungentuberkulose 10 (5 M. r.) = 22,7 %, der Mortalität. Gesamtausgabe 480 328,99 M.

Bamberg (116): Der Bericht umfaßt die Jahre 1908—1910. Zu Beginn Jahres 1908 betrug der Krankenbestand 110 Personen (45 M. 65 Fr.). Zugang (39 M. 20 Fr.). Abgang 58 (39 M. 19 Fr.). Bleibt Bestand 111 (45 M. Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 46 (29 M. 17 Fr.), an lytischer Seelenstörung 1 M., an Seelenstörung mit Epilepsie, Hystero-Epie 2 M., Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 5 (2 M. 3 Fr.), Delirium potat.



5 M. Heredität war in 24 Fällen, Alkoholmißbrauch in 14 Fällen Krankheitsursache. Von den 59 Aufnahmen haben 28,8 % ihre geistige Erkrankung dem Alkoholmißbrauch zu verdanken. Von den Entlassenen waren geheilt 17 (15 M. 2 Fr.), gebessert 17 (14 M. 3 Fr.), ungeheilt 12 Fr., davon 7 in andere Anstalten. Gestorben sind 12 (Mortalität = 7,1 %), davon 5 an Altersschwäche. Bestand bei Beginn des Jahres 1909: 111 Kranke (45 M. 66 Fr.). Zugang 91 (52 M. 39 Fr.). Abgang 64 (37 M. 27 Fr.). Schlußbestand 138 (60 M. 78 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 72 (36 M. 36 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 1 M., an Seelenstörung mit Epilepsie, Hystero-Epilepsie 5 (4 M. 1 Fr.), an Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 6 (4 M. 2 Fr.), Delirium potat. 7 M. Heredität war in 25 Fällen, Alkoholmißbrauch in 17 Fällen Krankheitsursache. Entlassen geheilt 16 (9 M. 7 Fr.), gebessert 22 (12 M. 10 Fr.), ungeheilt 14 (9 M. 5 Fr.), davon 8 in andere Anstalten. Gestorben sind 12 (7 M. 5 Fr.). Tuberkulose war 4 mal, Paralyse 1 mal Todesursache. Am Beginn des Jahres 1910 betrug der Krankenbestand 138 (60 M. 78 Fr.). Zugang 95 (51 M. 44 Fr.). Abgang 95 (52 M. 43 Fr.). Schlußbestand 138 (59 M. 79 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 80 (38 M. 42 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 4 (3 M. 1 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie, Hystero-Epilepsie 3 M., an Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 4 (3 M. 1 Fr.), an Delirium potat. 3 M., nicht geisteskrank war 1 M. Heredität war 31 mal (16 M. 15 Fr.), Syphilis 4 mal (3 M. 1 Fr.), Alkoholmißbrauch 11 mal (10 M. 1 Fr.) Krankheitsursache. Zur Beobachtung 1 M. Von den Entlassenen waren genesen 19 (12 M. 7 Fr.), gebessert 30 (16 M. 14 Fr.), ungeheilt 32 (19 M. 13 Fr.), davon 24 in andere Anstalten. Gestorben sind 13 (4 M. 9 Fr.). Tuberkulose war 2 mal, Paralyse 1 mal Todesursache. Mortalität = 5,57 %. Im Jahre 1908 wurde der neue Doppelpavillon für Männer vollendet, ebenso der Festsaalbau nebst dem Wäschereigebäude. 1909 wurde dann der (alte) Probsteibau gründlich renoviert. Als Oberpflegerinnen auf jeder Geschlechtsseite wurden barmherzige Schwestern angestellt. Der frühere Name der Anstalt „Lokal-Irrenanstalt St. Getreu in Bamberg" wurde ersetzt durch die Bezeichnung „Heil- und Pflege-Anstalt St. Getreu in Bamberg".

Eglfing (132): Bestand am 1. Januar 1910: 1226 (615 M. 611 Fr.). Zugang 592 (345 M. 247 Fr.). Abgang 518 (306 M. 212 Fr.). Bleibt Bestand 1300 (654 M. 646 Fr.). Vom Gesamtzugang litten an einfacher Seelenstörung 349 (158 M. 191 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 108 (72 M. 36 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie, mit Hystero-Epilepsie 31 (21 M. 10 Fr.), an Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 26 (23 M. 3 Fr.), Delirium potat. 54 (49 M. 5 Fr.), nicht geisteskrank waren 14 (12 M. 2 Fr.). Die Krankheitsdauer betrug (die ohne vorherige Genesung wieder Aufgenommenen sind ausgenommen) bei 59 (15 M. 44 Fr.) bis zu 1 Monat, bei 85 (31 M. 54 Fr.) 2—3 Monate, bei 60 (38 M. 22 Fr.) 4—6 Monate, bei 95 (69 M. 26 Fr.) 7—12 Monate, bei 46 (34 M. 12 Fr.) im 2. Jahre, bei 180 (112 M. 68 Fr.) über 2 Jahre. Heredität bei 184 (96 M. 88 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen waren 120 (96 M. 24 Fr.) der Aufgenommenen. Zur Beobachtung 32 (25 M. 7 Fr.), davon 14 (12 M. 2 Fr.) nicht geisteskrank. Von den Entlassenen sind



genesen 11,6 %, gebessert 31,7 %, ungeheilt 9,0 %, in andere Anstalten 17,6 %. Gestorben sind 151 Kranke = 8,4 % aller Verpflegten. Auf Tuberkulose treffen 17,9 % der Sterbefälle. Im Berichtsjahre 3 kleine Typhusepidemien, als Ursache wurden Bazillenträger festgestellt, die isoliert wurden. Ein kleines bakteriologisches Laboratorium wurde eingerichtet. Die Überfüllung in der Anstalt beträgt 12,4 %. Die neue Anstalt Haar ist im Bau und wird voraussichtlich Ende 1912 eröffnet werden.

Gabersee (140): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 770 (398 M. 372 Fr.). Zugang 250 (121 M. 129 Fr.). Abgang 211 (186 M. 105 Fr.). Bleibt Bestand 809 (413 M. 396 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 165 (= 79,7 %), an paralytischer Seelenstörung 21 (= 10,1 %), an Epilepsie mit Seelenstörung 8 (= 3,9 %), an Imbezillität 5 (= 2,4 %), an Alkoholismus 8 (= 3,9 %). Im 1. Monat der Erkrankung standen 16,4 %, im 2.—3. Monat 19,3 %, im 4.—6. 11,1 %, im 7. bis 12. 15 %, im 2. Jahre 8,2 %, über 2 Jahre waren krank 22,2 %. Heredität bei 44,4 %. Von den Entlassenen waren genesen 35 = 16,6 %, gebessert 76 = 36,0 %, ungeheilt 35 = 16,6 %. Gestorben 65 = 8,2 % des durchschnittlichen Bestandes oder 6,4 % des Gesamtbestandes. An Paralyse starben 16, an Lungentuberkulose 12. Im Bau befindet sich ein viergliedriger Pavillon für 72 pflegebedürftige Frauen. Die Erbauung eines dritten Ärzte- und Beamtenwohnhauses wurde beschlossen. Die neue Licht- und Kraftanlage konnte Mitte September in Betrieb gesetzt werden. — Gesamtausgabe 863 082,56 M.

Kaufbeuren (149): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 641 (312 M. 329 Fr.). Zugang 361 (204 M. 157 Fr.). Abgang 350 (191 M. 159 Fr.). Bleibt Bestand 652 (325 M. 327 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 244 (119 M. 125 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 28 (21 M. 7 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie, mit Hystero-Epilepsie 32 (11 M. 21 Fr.), Imbezillität 15 (11 M. 4 Fr.), Delirium potat. 32 M.; nicht geisteskrank waren 10 M. Zur Beobachtung 14 M., von denen 4 geisteskrank waren. Wegen Gemeingefährlichkeit waren vom Zugang 69 = 19,1 % polizeilich in der Anstalt gewiesen. Unter den 270 Erstaufnahmen und wiederholten Aufnahmen nach vorheriger Genesung standen 63 = 23,3 % im 1. Monat der Erkrankung. Heredität in 45 %. Entlassen wurden als genesen 62 (26 M. 36 Fr.) = 18,2 %, gebessert 137 (76 M. 61 Fr.) = 40,2 %, ungeheilt 93 (50 M. 43 Fr.) = 27,3 % des Abgangs. Gestorben sind 48 (29 M. 19 Fr.) = 7.2 % des Durchschnittsbestandes. Tuberkulose war 5 mal Todesursache = 10,4 %, 12 (10 M. 2 Fr.) waren paralytisch. Durchschnittsgewicht der männlichen nicht paralytischen Gehirne 1289 g., der weiblichen 1135 g., der männlichen paralytischen Gehirne 1259,8 g. Ein Selbstmord durch Erhängen. Beschäftigt waren bei den Männern durchschnittlich 130, bei den Frauen 115. Gesamtausgabe 670 347,87 M.

Pflegeanstalt Irrsee: Bestand am 1. Januar 1910: 271 (126 M. 145 Fr.). Zugang (sämtlich aus Kaufbeuren) 31 (14 M. 17 Fr.). Abgang 32 (15 M. 17 Fr.). Bleibt Bestand 270 (125 M. 145 Fr.). Heredität bei 51 % der Aufgenommenen. Es litten an einfacher Seelenstörung 19 (8 M. 11 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 6 (4 M. 2 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie 2 (1 M.



1 Fr.), Imbezillität 3 Fr., Alkoholismus chron. 1 M. Genesene sind nicht zu verzeichnen, 1 Fr. ist gebessert entlassen. Gestorben 31 (15 M. 16 Fr.) = 97 % des Gesamtabganges. 32 % der Verstorbenen waren paralytisch, 9,6 % tuberkulös. Die beiden neuen offenen Pavillons in Kaufbeuren wurden fertiggestellt und bezogen, der Männerpavillon faßt 45, der Frauenpavillon 35 Kranke. In Irrsee wurde die Beleuchtung, Warmwasserbereitung, Koch- und Waschküche modernisiert. Der schwäbische Landrat hat beschlossen, von einer Erweiterung Kaufbeurens abzusehen und dagegen sofort zur Erbauung einer neuen Anstalt für Geisteskranke zunächst für 300 Kranke zu schreiten.

Kutzenberg (155): Bestand am 1. Januar 1910: 273 (153 m. 120 Fr.). Zugang 139 (78 M. 61 Fr.). Abgang 110 (67 M. 43 Fr.). Bleibt Bestand 302 (164 M. 138 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 116 (57 M. 59 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 5 M., an Seelenstörung mit Epilepsie, Hystero-Epilepsie 2 M., an Imbezillität 6 (4 M. 2 Fr.), an Delirium potat. 10 M. Im 1. Monat der Erkrankung befanden sich 23 (10 M. 13 Fr.), im 2.—3. Monat 13 (8 M. 5 Fr.), im 4.—6. Monat 11 (6 M. 5 Fr.), im 7.—12. Monat 11 (9 M. 2 Fr.), im 2. Jahre 10 (6 M. 4 Fr.), über 2 Jahre waren krank 46 (27 M. 19 Fr.). Von den 139 Aufgenommenen waren 88 (45 M. 43 Fr.) erblich belastet. Mit dem Strafgesetze in Konflikt geraten waren 19 (18 M. 1 Fr.). Entlassen als gebessert 71 Kranke (43 M. 28 Fr.), ungebessert 15 (11 M. 4 Fr.). Gestorben sind 24 (13 M. 11 Fr.). Ständig beschäftigt von den Männern 39,2 %, bei den Frauen 33,6 %, in Bett- oder Badbehandlung ständig 2 % bei den Männern, 0 % bei den Frauen. Eine Summe von 2 150 000 M. wurde für den Ausbau auf 600 Kranke bewilligt. Gesamtausgabe 219 633,28 M.

München (168): Der Bericht über die Kgl. psychiatrische Klinik in München umfaßt die Jahre 1908 und 1909. Zugang 1908: 1882 (1189 M. 693 Fr.). Zugang 1909: 1939 (1180 M. 759 Fr.). Das Jahr 1909 zeigt die seit Bestehen der Klinik höchste Aufnahmeziffer. Durchschnittliche Belegzahl 1909: 120 Betten. Die alkoholischen Geistesstörungen nehmen auch in den Berichtsjahren bezüglich ihrer Häufigkeit eine hervorragende Stellung ein, sie sind jedoch überflügelt von den manisch-depressiven Erkrankungen. Die Zahl der Dementia praecox-Fälle ist weiter zurückgegangen, von 223 Fällen im Jahre 1905 fiel sie auf 96 im Jahre 1909. Umgekehrt stieg die Zahl der manisch-depressiven Erkrankungen von 95 Fällen 1905 auf 262 Fälle 1909. Diese Verschiebung der Häufigkeitsziffer beider Erkrankungen ist eine Folge der katamnestisch gewonnenen Erfahrung der Heilung zahlreicher Fälle, denen früher ein ungünstiges Prognostikon gestellt wurde. Im einzelnen litten in den Jahren 1908 und 1909 an Dementia praecox 98 (57 M. 41 Fr.) und 96 (61 M. 35 Fr.), an Paralyse 150 (105 M. 45 Fr.) und 154 (103 M. 51 Fr.), an Hirnlues 17 (10 M. 7 Fr.) und 10 (8 M. 2 Fr.), Arteriosklerose 27 (22 M. 5 Fr.) und 27 (21 M. 6 Fr.), seniler Demenz 32 (15 M. 17 Fr.) und 50 (25 M. 25 Fr.), manisch-depressivem Irresein 257 (82 M. 175 Fr.) und 262 (76 M. 186 Fr.), Alkoholismus 248 (206 M. 42 Fr.) und 234 (206 M. 28 Fr.), Epilepsie 147 (123 M. 24 Fr.) und 115 (82 M. 33 Fr.), Hysterie 133 (49 M. 84 Fr.) und 149 (70 M. 79 Fr.), traumatischer Geistesstörung 33 (29 M. 4 Fr.) und 54 (49 M.



5 Fr.), Psychopathie 153 (86 M. 67 Fr.) und 204 (122 M. 82 Fr.), Imbezillität 21 (17 M. 4 Fr.) und 39 (21 M. 18 Fr.), Idiotie 5 (4 M. 1 Fr.) und 11 (8 M. 3 Fr.). Die einzelnen Krankheitsformen werden im weiteren Bericht ausführlich besprochen, den Beschluß der sehr interessanten Abhandlungen bilden die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung und die Arbeiten des chemischen Laboratoriums.

Bestand der in staatlichen Anstalten und mit Staatsunterstützung in Privatanstalten untergebrachten Geisteskranken Württembergs (211) zu Beginn des Jahres 1909: 3328, am Schlusse 3390.

Winnental: Bestand am 1. Januar 1909: 405 (190 M. 215 Fr.). Zugang 130 (85 M. 45 Fr.), Abgang 111 (70 M. 41 Fr.).

Schussenried: Bestand am 1. Januar 1909: 497 (271 M. 226 Fr.). Zugang 153 (86 M. 67 Fr.). Abgang 141 (76 M. 65 Fr.).

Zwiefalten: Bestand am 1. Januar 1909: 571 (328 M. 243 Fr.). Zugang 101 (43 M. 58 Fr.). Abgang 90 (40 M. 50 Fr.).

Weißenau: Anfangsbestand 549 (276 M. 273 Fr.). Zugang 101 (65 M. 36 Fr.). Abgang 110 (66 M. 44 Fr.).

Weinsberg: Anfangsbestand 549 (275 M. 274 Fr.). Zugang 124 (62 M. 62 Fr.). Abgang 121 (61 M. 60 Fr.).

Von den 365 erstmals aufgenommenen oder nach erfolgter Genesung rückfällig gewordenen Kranken standen im 1. Monat der Erkrankung 18,6 %, im 2. und 3. Monat 16,7 %, im 4.—6. Monat 13,7 %, im 7.—12. Monat 12,3 %, die übrigen (38,7 %) waren länger als 1 Jahr vor der Aufnahme krank. Vom Gesamtzugang waren angeborene Störungen (Idiotie, Kretinismus, Imbezillität) 3,5 %, konstitutionelles Entartungsirresein (neurasthenisches, hysterisches Irresein) 3,6 %, depressives Irresein 9,3 %, manisches Irresein 1,8 %, periodisches und zirkuläres Irresein 12,3 %, akute halluzinatorische Verwirrtheit und akuter halluzinatorischer Wahnsinn 4,9 %, primäre Demenzformen (Dement. praecox, Hebephrenie, Katatonie) 27,3 %, chronische Verrücktheit 9,2 %, sekundäre Verblödungsprozesse 0,2 %, Geistesstörungen mit anatomischem Befund 12,3 %, darunter Dementia paralytica 4,7 %, epileptische Geistesstörungen 5,4 %, Intoxikationspsychosen 4,9 %. Zur Beobachtung kamen 5,3 %. Die primären Demenzformen stehen wie bisher mit 1/4 aller Aufnahmen an der Spitze. Hinsichtlich des Alters der Erkrankung bei männlichen und weiblichen Kranken ergibt sich, daß die Männer vor dem 25. Lebensjahre mehr gefährdet sind als die Frauen. In dem Lebensalter zwischen 30 und 50 Jahren tritt ein Ausgleich ein. Nach dem 50. Lebensjahre überwiegen die Frauen in der Häufigkeit der Erkrankung. Mit dem Strafgesetz kamen in Konflikt 13,7 %, davon vor der Erkrankung 7,7 %, nach der Erkrankung 6,0 %. Heredität fand sich bei den erstmals oder nach erfolgter Genesung rückfällig aufgenommenen Kranken in 180 Fällen = 49,3 % der Aufnahmen. Als anderweitige Krankheitsursachen werden angegeben Alkoholismus in 7,1 %, psychische Einflüsse in 3,0 %, Lues in 2,5 %, akute Infektionskrankheiten in 0,8 %, Verletzungen in 2,8 %, Puerperium in 0,6 %, chronische Krankheiten in 0,6 %, sonstige bekannte Ursachen in 3,4 % der Fälle.

Entlassen 573 (313 M. 260 Fr.), davon geheilt 49 = 9,2 %, gebessert 249 = 45,9 %, ungeheilt 100 = 18,4 % der Entlassenen. Die meisten Heilungen entfielen auf akute halluzinatorische Verwirrtheit mit 53,9 %, akuten halluzinatorischen Wahnsinn mit 46,7 %, manisch-depressives Irresein mit 36,4 %. Gestorben sind 144 = 25,1 % des Gesamtabganges, davon 75 M. und 69 Fr. An Lungen- und Darmtuberkulose starben 24,3 %. — In Winnental wurde der für Verwaltungszwecke bestimmte Neubau bezogen, die neuen Krankenbauten wurden im Rohbau fertiggestellt.

Die Gesamtzahl der in den Privat-Irrenanstalten des Landes behandelten Geisteskranken betrug 1704 Kranke, von diesen Privatpfleglinge 781 = 45,8 %, Staatspfleglinge 923 = 54,2 %. Auf die Gesamtzahl der Verpflegten beträgt der Zugang 25,6 %, der Abgang 24,7 %, in Behandlung blieben 75,3 %. Der Staatsaufwand für die in den Privat-Irrenanstalten untergebrachten Staatspfleglinge betrug 125 811.60 M.

Von den 369 Aufnahmen litten an depressivem Irresein 11,0 %, periodischem und zirkulärem Irresein 15,8 %, primären Demenzformen 32,1 %, Geistesstörungen mit anatomischem Befund 8,9 % (darunter Dement. paralyt. 3,9 %). Vom Zugang mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 34, Heredität bei 171; Alkohol war bei 8 %, Lues bei 2 % der Aufnahmen Krankheitsursache. Vom Gesamtabgang (421 = 33 % des Anfangsbestandes) wurden geheilt 9 %, gebessert 46 %, ungeheilt 13 %, in eine andere Anstalt versetzt 7 %, gestorben sind 25 %. Lungen- und Darmtuberkulose war in 20 % der Todesfälle Todesursache.

In der Heil- und Pflege-Anstalt für Schwachsinnige und Epileptiker S t e t t e n i m R e m s t a l (197) betrug die Zahl der 1910 verpflegten Kranken 539 (335 m. 204 w.). Der Bestand am 1. Januar 1910 betrug 473, am 31. Dezember 1910: 483. Gesamtzugang 66 (40 m. 26 w.), Gesamtabgang 56 (40 m. 16 w.). Aus der Abteilung für Schwachsinnige (Anfangsbestand 249, Schlußbestand 254) wurden gebessert entlassen 16 (14 m. 2 w.), ungebessert 4 (2 m. 2 w.), in eine andere Anstalt 2 (1 m. 1 w.), gestorben 5 männliche. Von den gebessert Entlassenen leiden 14 an angeborenem Schwachsinn, erbliche Belastung bei 9 = 50,6 %. 1 mal war Gehirnentzündung, 1 mal Kopfverletzung Ursache des Schwachsinns. Von den ungebessert Entlassenen litten sämtliche 4 an angeborenem Schwachsinn mittleren Grades. Sämtliche 5 Gestorbene waren erblich belastet. Von den in der Abteilung für Schwachsinnige Eingetretenen zeigten 20 = 62,5 % erbliche Belastung, 3 haben Lähmungserscheinungen. Sonstige Krankheitsursache bei den aufgenommenen Schwachsinnigen: Hirnentzündung in 3 Fällen, englische Krankheit in 9, Kopfverletzung in 4, Scharlach und Diphtherie in je 2 Fällen. In der Abteilung für Epileptische war der Bestand beim Beginn des Berichtsjahres 224 (124 m. 100 w.), beim Schlusse des Jahres 229 (125 m. 104 w.). Aufgenommen wurden 34 (19 m. 15 w.). Heredität bei 58 %. Andere Ursachen: Hirnentzündung 7 mal, Zahnkrämpfe 13 mal, 5 mal englische Krankheit. Bei 6 der Aufgenommenen bestanden Lähmungserscheinungen. Entlassen gebessert 7 (5 m. 2 w.), ungebessert 7 (6 m. 1 w.), in eine andere Anstalt 6 (2 m. 4 w.). gestorben 9 (5 m. 4 w.).

M a r i a b e r g (166) verpflegte im Berichtsjahre 175 (130 m. 45 w.) Zög-

linge, davon neu eingetreten 13 (10 m. 3 w.). Abgang 8 (6 m. 2 w.), davon gestorben 3 (3 m.), so daß am Jahresschluß ein Bestand von 167 verblieb.

Heidelberg (115): Der Bericht umfaßt, wie bei allen badischen Anstalten, die Jahre 1909 und 1910. Bestand Anfang 1909: 139 (78 M. 61 Fr.). Zugang 662 (373 M. 289 Fr.), Abgang 686 (390 M. 296 Fr.). Bestand am 1. Januar 1910: 115 (61 M. 54 Fr.). Zugang 1910: 701 (423 M. 278 Fr.), Abgang 711 (423 M. 288 Fr.). Bleibt Bestand am 1. Januar 1911: 105 (61 M. 44 Fr.). Von den 1909 Aufgenommenen litten an Idiotie und Imbezillität 17, an Paralyse 54, Arteriosklerose 11, seniler Demenz 20, Epilepsie 32, Dementia praecox 175, Alkoholismus und seinen Psychosen 41, manisch-depressivem Irresein 151, Hysterie 34, Psychopathie 49, Paranoia 1, nicht geisteskrank waren 11. Von den Aufnahmen im Jahre 1910 litten an Idiotie und Imbezillität 27, Paralyse 44, Hirnlues und Tumor cerebri je 2, Arteriosklerose 21, seniler Demenz 18, Epilepsie 27, Dementia praecox 182, Alkoholismus und seinen Psychosen 37, manisch-depressivem Irresein 143, Hysterie 43, Psychopathie 62, nicht geisteskrank waren 18.

Zur Beobachtung gemäß § 81 Str.-Pr.-O. wurden im Jahre 1909 = 24 Personen (18 M. 6 Fr.), im Jahre 1910 = 19 Personen (19 M.) aufgenommen.

Definitive Entlassungen 1909 = 35, 1910 = 173, versuchsweise Entlassungen 1909 = 323, 1910 = 193. Geheilt entlassen wurden 1909 = 99, 1910 = 94, gebessert 1909 = 162, 1910 = 139, ungebessert 95 — 125. Entlassen in Familienpflege 358 — 366, in eine andere Anstalt 290 — 309. Todesfälle 1909 = 38 (18 M. 20 Fr.), 1910 = 36 (22 M. 14 Fr.). Es starben an Paralyse 11 (9 M. 2 Fr.). Gesamtausgabe 1909 201 584,16 M., 1910 197 668,65 M.

Freiburg i. B. (115): Krankenstand am 1. Januar 1909: 151 (78 M. 73 Fr.), Zugang 540 (301 M. 239 Fr.), Abgang 547 (302 M. 245 Fr.). Bestand Ende 1909: 144 (77 M. 67 Fr.). Vom Bestand am 31. Dezember 1909 litten an einfacher Seelenstörung 88 (39 M. 49 Fr.), paralytischer Seelenstörung 19 (15 M. 4 Fr.), an Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 5 (3 M. 2 Fr.), Epilepsie 8 (4 M. 4 Fr.), Hysterie 7 (3 M. 4 Fr.), Alkoholismus 7 (5 M. 2 Fr.), an anderen Krankheiten des Nervensystems 10 (8 M. 2 Fr.). Zur Beobachtung kamen im Jahre 1909 27 Personen. Unter den 1908 Entlassenen waren geheilt 49, gebessert 180, ungebessert 57, in andere Anstalten wurden versetzt 205. Gestorben sind 48 (17 M. 31 Fr.). Paralyse war 6 mal Todesursache. Gesamtausgabe 1909: 244 831,73 M. In der Abteilung für Nervenkranke betrug der Bestand am Anfang des Jahres 1909. 18 (8 M. 10 Fr.). Zugang 329 (197 M. 132 Fr.). Abgang 326 (193 M. 133 Fr.). Bestand am Ende des Berichtsjahres: 21 (12 M. 9 Fr.). 219 Fälle waren zur Begutachtung im Unfall- und Invaliditätsverfahren eingewiesen. Krankenbestand am 1. Januar 1910: 144 (77 M. 67 Fr.). Zugang im Jahre 1910 = 526 (280 M. 246 Fr.). Abgang 536 (285 M. 251 Fr.). Bleibt Bestand am Ende des Jahres 1910: 134 (72 M. 62 Fr.). Zur Beobachtung kamen 1910 = 20 Personen. Vom Bestand am 31. Dezember 1910 litten an einfacher Seelenstörung 102 (47 M. 55 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 7 M., an Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 4 (2 M. 2 Fr.), Epilepsie 6 (4 M. 2 Fr.), Hysterie 3 Frauen, Alkoholismus 11 Männer, anderen Krankheiten des Nervensystems 1 M.



Im Jahre 1910 sind gestorben 56 (31 M. 25 Fr.), davon an Paralyse 16. Gesamtausgabe 1910 = 263 949,51 M. In der Abteilung für Nervenkranke Bestand am Beginn des Jahres 1910: 21 (12 M. 9 Fr.), Zugang 379 (207 M. 172 Fr.). Abgang 374 (205 M. 169 Fr.). Bleibt Bestand 26 (14 M. 12 Fr.). Unter den 379 Aufnahmen waren 188 Fälle, die zur Begutachtung im Unfall- und Invaliditätsverfahren eingewiesen waren.

Emmendingen (115): Bestand am Anfang des Jahres 1909: 1441 (755 M. 686 Fr.). Zugang im Jahre 1909: 293 (150 M. 143 Fr.) Abgang 314 (164 M. 150 Fr.). Bestand am Ende 1909: 1420 (741 M. 679 Fr.). Unter den Aufnahmen waren 208 erste, 85 wiederholte Aufnahmen. Von den Kranken litten an einfacher Seelenstörung 1342, Paralyse 100, Imbezillität, Idiotie 154, Epilepsie mit Seelenstörung 186, Hysterie 9, Alkoholismus 30, Morphinismus 1. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren vom Krankenbestande am Schlusse des Jahres 249 M. und 55 Fr. In Entmündigungsangelegenheiten waren 26 Gutachten, in Ehescheidungssachen 6 Gutachten abgegeben. Von den Entlassenen waren gebessert 142, ungebessert 69. Gestorben sind im Jahre 1909: 85 (39 M. 46 Fr.). Tuberkulose war in 30 Fällen, Paralyse in 5 Fällen, Epilepsie in 8 Fällen Todesursache. Es herrscht weiterhin starke Überfüllung, Normalbelegzahl 925! Die schlimmeren und schwieriger zu behandelnden Patienten nehmen von Jahr zu Jahr zu, die Ruhigeren werden der Überfüllung wegen so früh wie möglich wieder entlassen. Regelmäßig beschäftigt waren 36,62 % der Kranken. Das Dauerbad in der Männer-Zentralanstalt ist fertiggestellt. In Familienpflege 9 Kranke (1 M. 8 Fr.). Das neueintretende Personal wird auf Bazillenträger untersucht, die Untersuchung ergab bei 5 positiven Paratyphusbefund, bei 3 paratyphusartige Bazillen. Krankenbestand Anfang 1910: 1420 (741 M. 679 Fr.). Zugang 330 (185 M. 145 Fr.). Abgang 380 (174 M. 206 Fr.). Bleibt Bestand 1370 (752 M. 618 Fr.). Vom Krankenbestand litten an einfacher Seelenstörung 1370, an Paralyse 6, an Imbezillität, Idiotie 154, an Epilepsie mit Seelenstörung 169, an Hysterie 14, Alkoholismus 34. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren vom Bestande am Schlusse des Jahres 260 (210 M. 50 Fr.). In 2 strafrechtlichen Fällen, in 16 Entmündigungssachen und 7 Ehescheidungssachen wurden Gutachten abgegeben. Von den Entlassenen waren gebessert 144, ungebessert 167. entlassen in Familien 132, in eine andere Anstalt 179. Gestorben 69 (33 M. 36 Fr.). davon an Tuberkulose 27, Paralyse 1, Epilepsie 4. Gesamtausgabe 1910: im ordentlichen Etat 1 522 580,12 M., im außerordentlichen Etat 15 001,85 M.

Illenau (115): Der Bestand am Anfang des Jahres 1909 betrug 654 (333 M. 321 Fr.). Zugang im Laufe des Jahres 1909: 580 (282 M. 298 Fr.). Abgang 562 (266 M. 296 Fr.). Stand am Ende 1909: 672 (349 M. 323 Fr.). Von den Aufnahmen waren erblich belastet 328; es litten an einfacher Seelenstörung 454 (197 M. 257 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 31 (24 M. 7 Fr.), an Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 13 (8 M. 5 Fr.), Epilepsie 5 M., Hysterie 28 (6 M. 22 Fr.), Alkoholismus 23 (21 M. 2 Fr.). Gemäß § 81 Str.-P.-O. wurden aufgenommen 7 M., wegen Entmündigung 24 (18 M. 6 Fr.). In Privatpflege entlassen wurden im Jahre 1909 als genesen 48 (30 M. 18 Fr.), gebessert 321 (145 M.



176 Fr.), ungebessert 16 (5 M. 11 Fr.); die übrigen wurden in andere Anstalten versetzt. Gestorben sind 65 (32 M. 33 Fr.), davon an Tuberkulose 7 (3 M. 4 Fr.), an Paralyse 13 (11 M. 2 Fr.), an Suicid 1 M. Im Jahre 1910 betrug der Anfangsbestand 672 (349 M. 323 Fr.). Zugang für 1910 = 605 (311 M. 294 Fr.). Abgang 622 (346 M. 276 Fr.). Bleibt Bestand 655 (314 M. 341 Fr.). Von den 1910 Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 445 (195 M. 250 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 32 (25 M. 7 Fr.), an Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 21 (13 M. 8 Fr.), Epilepsie 6 Männer, Hysterie 32 (10 M. 22 Fr.), Alkoholismus 43 (41 M. 2 Fr.). Heredität bei 236. Zur Beobachtung gemäß § 81 St.-P.-O. 14 Männer, wegen Entmündigung 20 (14 M. 6 Fr.). Entlassen wurden 1910 in Privatpflege als geheilt 101 (58 M. 43 Fr.), gebessert 275 (134 M. 141 Fr.), ungebessert 30 (18 M. 12 Fr.). Gestorben sind 65 (38 M. 27 Fr.). Tuberkulose war 8 mal (3 M. 5 Fr.), Paralyse 10 mal (9 M. 1 Fr.), Suicid 1 mal (1 M.) Todesursache. — Gesamtausgabe 1909: 893 947 M., im Jahre 1910: 880 133,46 M. Die Überfüllung der Anstalt hält an.

P f o r z h e i m (115): Anfangsbestand des Jahres 1909: 616 (305 M. 311 Fr.). Zugang 78 (50 M. 28 Fr.). Abgang 86 (44 M. 42 Fr.). Schlußbestand 1909: 608 (311 M. 297 Fr.). Zugang 1910: 62 (33 M. 29 Fr.). Abgang 78 (47 M. 31 Fr.). Bleibt Bestand 592 (297 M. 295 Fr.). Erblich belastet waren vom Zugang 1909: 30 (18 M. 12 Fr.), vom Zugang 1910: 23 (11 M. 12 Fr.). Von den Aufnahmen 1909 waren erste Aufnahmen 76, wiederholte Aufnahmen 2, vom Zugang 1910 waren 60 erste, 2 wiederholte Aufnahmen. Von den 1909 verpflegten Kranken litten an einfacher Seelenstörung 506 (232 M. 274 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 88 (60 M. 28 Fr.), an Epilepsie mit Seelenstörung 16 (12 M. 4 Fr.), Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 81 (49 M. 32 Fr.), Hysterie 1 M. Von den 1910 Verpflegten litten an einfacher Seelenstörung 482 (227 M. 255 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 83 (54 M. 29 Fr.), an Epilepsie 17 (12 M. 5 Fr.), an Imbezillität Idiotie, Kretinismus 84 (49 M. 35 Fr.), Hysterie 1 M. Begutachtet 1909: 4 (1 M. 3 Fr.), 1910: 8 (3 M. 5 Fr.). Entlassen wurden 1909 als gebessert 13, ungebessert 6, in Familienpflege 10, in andere Anstalten 9. Im Jahre 1910: gebessert 7, ungebessert 8, entlassen in Familienpflege 7, in andere Anstalten 8. Gestorben sind 1909: 67 Kranke (35 M. 32 Fr.). Todesursache war Paralyse 18 mal (10 M. 8 Fr.), Tuberkulose 10 mal (4 M. 6 Fr.). 1910 starben 63 (36 M. 27 Fr.), davon an Paralyse 14 (9 M. 5 Fr.), an Tuberkulose 12 (5 M. 7 Fr.). Gesamtausgabe 1909: 381 165,96 M. Ausgabe 1910: 383 105,28 M. Die Vermehrung der Zahl der unreinlichen Kranken erschwert den Anstaltsdienst trotz der Verminderung der Krankenzahl wesentlich. 3 Erkrankungen an Erysipel, 3 Erkrankungen an Typhus (1 Kranker, 2 Wärterinnen).

W i e s l o c h (115 u. 209): Bestand Anfang 1909: 629 (339 M. 290 Fr.). Zugang 367 (181 M. 186 Fr.). Abgang 154 (60 M. 94 Fr.). Bestand Ende 1909: 798. Von den Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 310 (133 M. 177 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 7 M., an Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 14 (11 M. 3 Fr.), Epilepsie 18 (15 M. 3 Fr.), Hysterie 3 (1 M. 2 Fr.), Alkoholismus 14 M. Heredität bei 122 (90 M. 32 Fr.), Alkoholmißbrauch bei 61



(55 M. 6 Fr.). Entlassen in Privatpflege wurden als gebessert 109 (41 M. 68 Fr.), ungebessert 6 M. Gestorben 31 (9 M. 22 Fr.), davon an Paralyse 2 (1 M 1 Fr), an Tuberkulose 17 (5 M 12 Fr), durch Verbrühen 1 M., durch Suicid 1 Fr.

Anfangsbestand 1910: 842 (460 M. 382 Fr.). Zugang 548 (274 M. 274 Fr.). Abgang 296 (163 M. 133 Fr.). Bleibt Bestand 1094 (571 M. 523 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 422 (176 M. 246 Fr.). an paralytischer Seelenstörung 15 M., an Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 29 (21 M. 8 Fr.), an Epilepsie 59 (44 M. 15 Fr.), an Hysterie 2 (1 M. 1 Fr.), an Alkoholismus 14 (13 M. 1 Fr.). Heredität bei 242 (151 M. 91 Fr.), Alkoholmißbrauch bei 80 (73 M. 7 Fr.) der Aufgenommenen. Entlassen in Privatpflege wurden als gebessert 208 (104 M. 104 Fr.), ungebessert 14 M. Gestorben sind 47 (27 M. 20 Fr.). Paralyse war 6 mal (4 M. 2 Fr.), Tuberkulose 19 mal (12 M. 7 Fr.) Todesursache. Zur Beobachtung nach § 81 St.-P.-O. kamen 7 Fälle.

5 neue Pavillons für Männer und 5 für Frauen sind fertiggestellt, ebenso 1 Ärztewohnhaus (Doppelhaus für 2 Familien) und 1 Wärterwohnhaus (für 4 Familien). Für 1910/11 sind projektiert: Anbau eines Operationssaales an einen Pavillon, ein neues Landhaus für 35 ruhige Männer, ein Lazarett für Infektionskrankheiten, ein gesichertes Haus für 46 gefährliche und verbrecherische Geisteskranke, ein Landhaus für 35 ruhige Frauen, 2 Wohnhäuser für je 2 Familien des Oberwartepersonals und 2 Wohnhäuser für je 2 Familien (Wärter und Werkmeister). Die 4 letzten sind bereits 1910 im Rohbau fertiggestellt.

Die Einrichtungen der Anstalt haben sich im ganzen bewährt. Dauerwache (1—2 Monate) wird empfohlen. Beschäftigt waren im Jahre 1909 bei den Männern 39 %, 1910 45 %, bei den Frauen 38 % und 36 %. In Familienpflege 12 M. Im Jahre 1910 Typhusepidemie auf der Frauenseite, wahrscheinlich durch eine beurlaubte Pflegerin eingeschleppt. 7 Fälle, die sämtlich genasen.

In die Berichtszeit fällt die Bekanntgabe des neuen Irrenfürsorgegesetzes für Baden, das die Befugnisse der Anstalt bei der Aufnahme Geisteskranker wesentlich erweitert und das Vorrecht der beiden Universitätskliniken und der Anstalt Illenau, fast sämtliche Neuaufnahmen zu bekommen, einschränkt.

Gesamtausgabe 1909: 837 373,27 M. Gesamtausgabe 1910: 995 570,26 M.

Die Abteilung für Geisteskranke des Fürst-Karl-Landesspitals zu Sigmaringen (193) hatte einen Anfangsbestand von 147 (73 M. 74 Fr.). Zugang 50 (25 M. 25 Fr.). Abgang 35 (15 M. 20 Fr.). Bleibt Bestand 162 (83 M. 79 Fr.). Vom Gesamtbestande litten an einfacher Seelenstörung 138 (62 M. 76 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 2 M., Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 30 (16 M. 14 Fr.), Epilepsie mit Geistesstörung 18 (12 M. 6 Fr.), Hysterie 6 (3 M. 3 Fr.), Alkoholismus 3 M. Entlassen als geheilt 11 (6 M. 5 Fr.), gebessert 6 (3 M. 3 Fr.), ungeheilt 3 (2 M. 1 Fr.), gestorben 15 (4 M. 11 Fr.).

Saargemünd (185): Bestand am 1. Januar 1910: 624 (322 M. 302 Fr.). Zugang 193 (114 M. 79 Fr.). Abgang 230 (154 M. 76 Fr.). Bleibt Bestand 587 (282 M. 305 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 109 (49 M. 60 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 34 (23 M. 11 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie und Hysterie 20 (17 M. 3 Fr.), Idiotie und Imbezillität 15 (11 M. 4 Fr.),



alkoholischer Seelenstörung 7 M., nicht geisteskrank waren 8 (7 M. 1 Fr.). Zur Beobachtung nach § 81 St.-P.-O. wurden 9 (8 M. 1 Fr.) aufgenommen. Außer diesen waren mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen 27 (18 M. 9 Fr.). Heredität bei 69 (36 M. 33 Fr.), Alkoholmißbrauch bei 26 (24 M. 2 Fr.), Trunksucht der Aszendenz außerdem bei 21 (17 M. 4 Fr.). Entlassen als genesen 23, gebessert 53, ungeheilt 107, davon 95 in andere Anstalten. Gestorben 47. Todesursache war 2 mal Dysenterie, je 1 mal Erysipel und Typhus, 10 mal Tuberkulose (6 M. 4 Fr.), 7 mal Dementia paralytica (6 M. 1 Fr.). Gesamtsterblichkeit 7,48 % (9 % Männer, 5,96 % Frauen). 3 Fälle von Suicid (1 M. 2 Fr.). Es traten 8 Fälle von Typhus auf, zum Teil von einer Bazillenträgerin herrührend, die als nicht mehr verdächtig von der Isolierstation entlassen war, später aber von neuem ausschied. 3 neu eingetretene Pflegerinnen wurden als Bazillenträger erkannt und sind aus dem Dienst entlassen. Außerdem wurden 4 weibl. und 1 männl. Kranker als Bazillenträger erkannt. Zahl der weiblichen Bazillenträger ist zeitweise auf 13 gestiegen, auf der Männerseite ist nur einer. Alle Versuche, die Bazillen der Typhusträger zum Schwinden zu bringen (Darminjektion von Ol. Olivar. und Chloroform 3 : 1 mit nachfolgender Milchinjektion, subkutane Injektion von sogenanntem Typhusserum, endlich innerlich Borovertin) blieben erfolglos. Gesamtausgabe 430 472,37 M.

Stephansfeld-Hördt (196): Bestand in Stephansfeld bei Beginn des Berichtsjahres 900 (412 M. 488 Fr.). Zugang 250 (133 M. 117 Fr.). Abgang 225 (124 M. 101 Fr.). Bleibt Bestand 925 (421 M. 504 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 176 (80 M. 96 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 22 (17 M. 5 Fr.), sonstigen organischen Psychosen 8 (6 M. 2 Fr.), Epilepsie und Hysterie 16 (11 M. 5 Fr.), Idiotie und Imbezillität 12 (6 M. 6 Fr.), Alkoholismus (Morfinismus) 11 M., nicht geisteskrank waren 5 (2 M. 3 Fr.). An Paralyse litten 16,5 % der aufgenommenen Männer, 4,3 % der Frauen. Zur Beobachtung kamen 4 Untersuchungsgefangene. Entlassen als genesen 31 (11 M. 20 Fr.), gebessert 86 (49 M. 37 Fr.), ungeheilt in die Familie 14 (8 M. 6 Fr.), in andere Anstalten 23 (16 M. 7 Fr.), nach Ablauf der Beobachtung und nicht geisteskrank 4 (3 M. 1 Fr.). Die Zahl der Genesenen beträgt 12,4 %, der Genesenen und Gebesserten 46,8 % aller Aufnahmen. In Familienpflege am Schluß des Jahres 6 Kranke. Gestorben 67 Kranke = 5,8 % aller Verpflegten. Karzinom war 2 mal (1 M. 1 Fr.), Tuberkulose 10 mal (2 M. 8 Fr.), organische Nervenleiden 23 mal (18 M. 5 Fr.), davon 17 mal Paralyse, Todesursache. 2 Typhusfälle. 1 Bazillenträgerin wurde ermittelt. Gesamtausgaben 620 698,24 M.

Die Pflegeanstalt Hördt hatte einen Anfangsbestand von 353 (177 M. 176 Fr.). Zugang 42 (32 M. 10 Fr.), Abgang 38 (22 M. 16 Fr.). Bleibt Bestand 357 (187 M. 170 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 30, Seelenstörung mit Epilepsie und Hysterie 2, Imbezillität 6, Paralyse 1, alkoholischer Geistesstörung 3. An Dementia praecox litten vom Zugang 27. Vorbestraft von den Aufgenommenen 6 (5 M. 1 Fr.). Entlassen als geheilt 1 M., ungeheilt 2 (1 M. 1 Fr.). Gestorben 35 (20 M. 15 Fr.). Tuberkulose war 14 mal (8 M. 6 Fr.), Dysenterie



1 mal (1 M.) Todesursache. Das Verwahrungshaus wurde im Rohbau fertiggestellt. Die Gesamtkosten für 1 Kranken beliefen sich auf 1,52 M. täglich.

Am 22. September 1910 wurde die Bezirks-Pflege-Anstalt Lörchingen eröffnet, am 14. Dezember 1910 wurde mit der Überführung von Kranken begonnen. Es sind bis zum Schlusse des Berichtsjahres 1910 aufgenommen aus anderen Anstalten (Saargemünd, Gorze) 190 Kranke (129 M. 61 Fr.). Davon schieden aus durch Überführung 10 (5 M. 5 Fr.), durch Tod 5 (2 M. 3 Fr.). Bleibt Bestand am 1. April 1911: 176 (123 M. 53 Fr.). Davon litten an Idiotismus und Imbezillität 40 (32 M. 8 Fr.), an einfacher Seelenstörung 157 (106 M. 51 Fr.), an paralytischen Formen 8 (5 M. 3 Fr.), an Epilepsie und Hysterie 21 (15 M. 6 Fr.), an Alkoholismus 5 (4 M. 1 Fr.). Alkoholmißbrauch war nachgewiesen bei 25 (22 M. 3 Fr.). Gestorben 5, davon an Tuberkulose 2. Gesamtsterblichkeit 3,2 % (1,5 % M. 4,9 % Fr.). Gesamtausgabe 55 456,98 M. Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 0,595 M.

Niedernhart (172): Bestand am Beginn des Berichtsjahres 758 (354 M. 404 Fr.). Zugang 353 (184 M. 169 Fr.). Abgang 321 (168 M. 153 Fr.). Bleibt Bestand 790 (370 M. 420 Fr.). Vom Zugang litten an Imbezillität, Idiotie 35 (21 M. 14 Fr.), an einfacher Geistesstörung 189 (80 M. 109 Fr.), an Paralyse 49 (32 M. 17 Fr.), an epilept. 28 (19 M. 9 Fr.), an hysterischer 15 (2 M. 13 Fr.), an neurasthenischer Geistesstörung 14 (9 M. 5 Fr.), an Geistesstörung mit Herderkrankung 2 Männer, Alkoholismus 17 (15 M. 2 Fr.), nicht geisteskrank 4 (4 M.) Heredität bei 136 (54 M. 82 Fr.), Alkoholismus war 25 mal (23 M. 2 Fr.), Puerperium 2 mal, Klimakterium 11 mal Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 14 Tagen bei 27 (11 M. 16 Fr.), bis 1 Monat bei 21 (8 M. 13 Fr.), bis 2 Monate bei 21 (9 M. 12 Fr.), bis 3 Monate bei 11 (3 M. 8 Fr.), bis 6 Monate bei 33 (10 M. 23 Fr.), bis zu 1 Jahr bei 27 (23 M. 4 Fr.), bis zu 2 Jahren bei 37 (16 M. 21 Fr.), mehr als 2 Jahre bei 172 (100 M. 72 Fr.). Geheilt 31 (15 M. 16 Fr.), in andere Anstalten 13 (5 M. 8 Fr.), sonstiger Abgang 199 (102 M. 97 Fr.). Gestorben 78 (46 M. 32 Fr.). Paralyse war 26 mal (17 M., 9 Fr.), Tuberkulose 14 mal (8 M. 6 Fr.) Todesursache. Gesamtausgabe 528 100 Kronen 21 Heller. Gesamtkosten pro Kopf und Tag 1 Krone 87 Heller. Beköstigung pro Kopf und Tag 95,43 Heller.

Brünn (122): Bestand am Beginn des Berichtsjahres 699 (394 M. 305 Fr.). Zugang 571 (320 M. 251 Fr.), Abgang 583 (339 M. 244 Fr.). Bleibt Bestand 687 (375 M. 312 Fr.). Vom Zugang litten an Idiotie und Imbezillität 35 (24 M. 11 Fr.), an Paralyse 63 (50 M. 13 Fr.), an epileptischer 49 (31 M. 18 Fr.), an hysterischer 11 (11 Fr.), an neurasthenischer Geistesstörung 2 (2 M.), an Geistesstörung mit Herderkrankung 3 (1 M. 2 Fr.), an Intoxikationspsychosen (exkl. Alkoholismus) 100 (90 M. 10 Fr.), nicht geisteskrank 1 (1 M.). Geheilt entlassen 29 (13 M. 16 Fr.), in andere Anstalten 182 (100 M. 82 Fr.), sonstiger Abgang 231 (144 M. 87 Fr.). Gestorben 141 (82 M. 59 Fr.) = 11,10 % des Gesamtbestandes, 24,18 % des Abgangs. Tuberkulose war 15 mal Todesursache.

Kremsier (153): Bestand bei Beginn des Rechnungsjahres 998 (575 M. 423 Fr.). Zugang 612 (352 M. 260 Fr.). Abgang 405 (240 M. 165 Fr.). Bleibt



Bestand 1205 (687 M. 518 Fr.). Vom Zugang litten an Paralyse 115 (94 M. 21 Fr.), epileptischer Seelenstörung 172 (103 M. 69 Fr.), hysterischer Seelenstörung 18 (3 M. 15 Fr.), Alkoholismus 149 (129 M. 20 Fr.). Zur Beobachtung 6 (4 M. 2 Fr.). Heredität bei 256 (182 M. 174 Fr.). Lues war 40 mal (36 M. 4 Fr.), Rhachitis 20 mal (16 M. 4 Fr.), Kopfverletzungen 23 mal (17 M. 6 Fr.), Alkoholmißbrauch 111 mal (93 M. 18 Fr.) Krankheitsursache. Geheilt 120 (88 M. 32 Fr.) = 7,45 % des Gesamtbestandes und 19,20 % des Zuganges. Die Mehrzahl der geheilt Entlassenen (47) wurde zwischen 1—3 Monaten in der Anstalt behandelt. Gestorben 169 (96 M. 73 Fr.) = 41,72 % des Gesamtabganges. Lungentuberkulose war 50 mal (41 M. 9 Fr.), Marasmus senilis 30 mal (15 M. 15 Fr.) Todesursache. 5 Typhusfälle, zum größten Teil von außen eingeschleppt. Es sind jetzt sämtliche 21 Krankenpavillons mit 38 selbständigen Abteilungen (22 für Männer, 16 für Frauen) belegt.

Feldhof (136): Gesamtbestand bei Beginn des Berichtsjahres 1633 (803 M. 830 Fr.), davon in der Zentrale Feldhof 1281 (592 M. 689 Fr.), in den Filialen Lankowitz 137 Fr., Kainbach 207 M., Hartberg 8 (4 M. 4 Fr.). Zugang 809 (409 M. 400 Fr.). Abgang 749 (391 M. 358 Fr.). Bleibt Bestand 1693 (821 M. 872 Fr.), und zwar Feldhof 1332 (608 M. 724 Fr.), in Lankowitz 144 Fr., in Kainbach 210 M., in Hartberg. 7 (3 M. 4 Fr.). Geheilt 95 (39 M. 56 Fr.) = 12,68 % des Abganges. Gestorben 243 (129 M. 114 Fr.). In der Zentrale waren Tuberkulose 46 mal (19 M. 27 Fr.), Marasmus paralyticus 20 mal (13 M. 7 Fr.), Meningitis chronica 12 mal (11 M. 1 Fr.), Atrophia cerebri 16 mal (8 M. 8 Fr.), in den Filialen Tuberkulose 18 mal (9 M. 9 Fr.), Suicid 1 mal Todesursache. Erysipel bei 18 Kranken; Trachomkranke am Ende des Berichtsjahres 12 (9 M. 3 Fr.). Gesamtausgabe: 1 047 805 Kronen 30 Heller, pro Kopf und Tag 2 Kr. 19 Heller.

In der Landes-Irren-Siechenanstalt Schwanberg waren bei Beginn des Berichtsjahres 205 Kranke (103 M. 102 Fr.). Zugang 25 (7 M. 18 Fr.), Abgang 26 (6 M. 20 Fr.). Bleibt Bestand 204 (104 M. 100 Fr.). Gestorben 22. Tuberkulose war 7 mal Todesursache.

Das Irrenwesen Ungarns (204) hat im Berichtsjahre keinerlei neue Ergebnisse zu verzeichnen. Weder die Zahl noch die Organisation und Verwaltung der bestehenden Anstalten und Institutionen haben erwähnenswerte Veränderungen erfahren. Gesamtbestand in den 4 Anstalten Budapest (Lipótmezö, Augyalföld), Nagyszeben, Nagykálló am Anfang des Berichtsjahres 2294 (1334 M. 960 Fr.). Zugang 1420 (907 M. 513 Fr.). Abgang 1383 (887 M. 496 Fr.). Bleibt Bestand 2331 (1354 M. 977 Fr.). Vom Zugang litten an Paralyse 395 (322 M. 73 Fr.), an epileptischer, hysterischer Geistesstörung 132 (86 M. 46 Fr.), an alkoholischer Geistesstörung 127 (117 M. 10 Fr.), an Imbezillität und Idiotie 126 (88 M. 38 Fr.). Zur Beobachtung 17 (9 M. 8 Fr.). Heredität bei 490 (296 M. 194 Fr.). Sonstige Krankheitsursachen: Entwicklungsfehler und angeborene Anlage 187 mal (121 M. 66 Fr.), Schwangerschaft und Puerperium 17 mal, Klimakterium 55, Senium 55 (9 M. 46 Fr.), Syphilis 199 mal (192 M. 7 Fr.), Alkoholismus 393 mal (360 M. 33 Fr.). Nicht geisteskrank 11 (7 M. 4 Fr.). Geheilt 157 (96 M. 61 Fr.), ge-



bessert 437 (295 M. 142 Fr.), ungeheilt 397 (216 M. 181 Fr.). Gestorben 375 (271 M. 104 Fr.). Paralyse war 10 mal (6 M. 4 Fr.), Erschöpfung des Nervensystems 231 mal (192 M. 39 Fr.), Tuberkulose 21 mal (16 M. 5 Fr.) Todesursache. Summe sämtlicher Ausgaben 1 821 515 Kr., Ausgabe pro Kopf und Tag 2,1849 Kr. In den übrigen größeren, zum Teil nicht staatlichen Kranken-Anstalten betrug der Gesamtbestand an Geisteskranken im Anfang des Berichtsjahres 5863 (3212 M. 2651 Fr.). Zugang 4829 (2972 M. 1857 Fr.). Abgang 4536 (2810 M. 1726 Fr.). Bleibt Bestand 6156 (3374 M. 2782 Fr.). Vom Zugang litten an Paralyse 849 (685 M. 164 Fr.), an Alkoholismus 819 (615 M. 204 Fr.), an Imbezillität und Idiotie 306 (192 M. 114 Fr.), zur Beobachtung 143 (91 M. 52 Fr.). Geheilt 561 (364 M. 197 Fr.), gebessert 2019 (1182 M. 837 Fr.), ungeheilt 671 (418 M. 253 Fr.). Nicht geisteskrank 59 (44 M. 15 Fr.). Gestorben 1226 (802 M. 424 Fr.). Der Bericht enthält außerdem noch Zusammenstellungen über die Familienpflege einzelner Anstalten sowie von Krankenziffern einiger kleineren, zum Teil privater Anstalten. In Familienpflege gegeben waren am Schlusse des Berichtsjahres vom allgemeinen Krankenhause zu Diesösceutmártou 603 Kranke (336 M. 267 Fr.).

Burghölzli (125): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 374 (186 M. 188 Fr.). Zugang 505 (288 M. 217 Fr.). Abgang 477 (275 M. 202 Fr.). Bleibt Bestand 402 (199 M. 203 Fr.). Vom Zugang waren sogenannte frische Aufnahmen 413 (234 M. 179 Fr.), von ihnen litten an angeborenen Psychosen 21 (9 M. 12 Fr.), an konstitutionellen 20 (9 M. 11 Fr.), an erworbenen idiopathischen Psychosen 182 (84 M. 98 Fr.) — darunter 15 (6 M. 9 Fr.) an manisch-depressiven Formen, 172 (77 M. 95 Fr.) an den verschiedenen Formen der Dementia praecox — an organischen Störungen 66 (47 M. 19 Fr.), darunter 20 (17 M. 3 Fr.) an Paralyse, an epileptischen Störungen 15 (6 M. 9 Fr.), und endlich an Intoxikationspsychosen 90 (73 M. 17 Fr.), darunter Alkoholismus chron. 46 (35 M. 11 Fr.) und Delirium tremens 24 (24 M.). Nicht geisteskrank waren 9 (7 M. 2 Fr.), davon 5 zur Beobachtung. Vom Abgang geheilt 32 (27 M. 5 Fr.), gebessert 191 (112 M. 79 Fr.), ungebessert 199 (99 M. 100 Fr.), gestorben 46 (30 M. 16 Fr.). Tuberkulose, Typhus abdom. und Suicid waren je 1 mal Todesursache. Regelmäßig oder teilweise beschäftigt vom Schlußbestand 73 % der Männer und 88,7 % der Frauen. „Bettgurt" bei 3 Kranken, die Maillotjacke bei 1 Manne. Zu einer großen Kalamität werden die Verbrecher, die die besseren Elemente verderben.

Waldau (205): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 661 (322 M. 339 Fr.). Zugang 144 (65 M. 79 Fr.). Abgang 136 (64 M. 72 Fr.). Bleibt Bestand 669 (323 M. 346 Fr.). Vom Zugang litten an angeborenen Störungen 6 (4 M. 2 Fr.), an konstitutionellen 7 (1 M. 6 Fr.), erworbenen einfachen 89 (35 M. 54 Fr.), an paralytischen, senilen, organischen Störungen 24 (10 M. 14 Fr.), an Epilepsie 4 (2 M. 2 Fr.), an Intoxikationspsychosen 14 (13 M. 1 Fr.). Zur Begutachtung 7 Untersuchungsgefangene. Entlassen genesen 18 (7 M. 11 Fr.) = 13,24 % der Entlassungen und 2,24 % des Gesamtbestandes, gebessert 46 (21 M. 25 Fr.), ungebessert 25 (15 M. 10 Fr.), gestorben 47 (21 M. 26 Fr.). = 34,56 % der Entlassungen, 5,85 % des Gesamtbestandes. Tuberkulose war 9 mal (2 M. 7 Fr.),

Typhus abdom. 1 mal (1 M.), Ertrinken 1 mal (1 M.), Karzinom 3 mal (3 Fr.) Todesursache.

4 Typhuserkrankungen bei Wärterinnen, die sich zum Teil an einer Kranken (Bazillenträgerin) infiziert hatten. 1 Kranker starb an Typhus. Große Platznot.

Münsingen (205): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 793 (376 M. 417 Fr.). Zugang 128 (74 M. 54 Fr.). Abgang 114 (61 M. 53 Fr.). Bleibt Bestand 807 (389 M. 418 Fr.). Vom Zugang litten an angeborenen Störungen 5 (4 M. 1 Fr.), an konstitutionellen 27 (17 M. 10 Fr.), an erworbenen einfachen 68 (32 M. 36 Fr.), an organischen 10 (9 M. 1 Fr.), an epileptischen 5 (2 M. 3 Fr.), an alkoholischen Störungen 6 (4 M. 2 Fr.). Nicht geisteskrank 7. Heredität bei 57 (31 M. 26 Fr.) = 46 % (42 M. 48 Fr.) der Aufgenommenen. In Familienpflege am Jahresschluß 37 (13 M. 24 Fr.). Entlassen genesen oder wesentlich gebessert 47 (19 M. 28 Fr.). Gestorben 22 (19 M. 3 Fr.). Lungentuberkulose war 3 mal (3 M.), Typhus 1 mal (1 Fr.), Paralyse 3 mal (3 Fr.) Todesursache.

Bellelay (205): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 321 (134 M. 187 Fr.). Zugang 24 (14 M. 10 Fr.). Abgang 20 (14 M. 6 Fr.). Bleibt Bestand 325 (134 M. 191 Fr.). Vom Zugang litten an angeborenen Störungen 10 (7 M. 3 Fr.), an konstitutionellen 6 (3 M. 3 Fr.), an erworbenen 4 (1 M. 3 Fr.), an organischen 2 (1 M. 1 Fr.), an epileptischen Störungen 2 (2 M.). Entlassen geheilt 1 (1 Fr.), gebessert 1 (1 M.), ungebessert 3 (1 M. 2 Fr.), nicht geisteskrank 1 (1 M.). Gestorben 14 (11 M. 3 Fr.) = 4,06 % der Verpflegten. Tuberkulose war 6 mal (4 M. 2 Fr.) Todesursache.

Friedmatt (138): Bestand am Anfang des Berichtsjahres 284 (138 M. 146 Fr.). Zugang 227 (124 M. 103 Fr.). Abgang 196 (101 M. 95 Fr.). Gestorben 30 (18 M. 12 Fr.). Bleibt Bestand 285 (143 M. 142 Fr.). Vom Zugang litten an angeborenen Psychosen 7 (4 M. 3 Fr.), an einfachen Formen 99 (36 M. 63 Fr.), an organischen 4 (2 M. 2 Fr.), an konstitutionellen 13 (7 M. 6 Fr.), an Epilepsie 9 (6 M. 3 Fr.), an paralytischen 17 (12 M. 5 Fr.), an alkoholischen Formen 48 (44 M. 4 Fr.). Nicht geisteskrank 6 (5 M. 1 Fr.). Heredität bei 85 (39 M. 46 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei den sogenannten frischen Aufnahmen bis 1 Monat bei 63 (36 M. 27 Fr.), 2—3 Monate bei 15 (7 M. 8 Fr.), 4—6 Monate bei 9 (5 M. 4 Fr.), 7—12 Monate bei 7 (2 M. 5 Fr.), 1—2 Jahre bei 12 (6 M. 6 Fr.), 3—5 Jahre bei 5 (2 M. 3 Fr.), über 5 Jahre bei 20 (9 M. 11 Fr.), unbekannt bei 50 (32 M. 18 Fr.). Entlassen geheilt 37 (21 M. 16 Fr.), gebessert 55 (25 M. 30 Fr.), ungebessert 98 (50 M. 48 Fr.).

Rosegg (183): Bestand am Beginn des Berichtsjahres 349 (194 M. 155 Fr.). Zugang 31 (14 M. 17 Fr.). Abgang 42 (23 M. 19 Fr.). Bleibt Bestand 338 (185 M. 153 Fr.). Vom Zugang litten an angeborener Geistesstörung 4 (2 M. 2 Fr.), an erworbener einfacher 14 (4 M. 10 Fr.), an epileptischer 4 (2 M. 2 Fr.), an paralytischer 3 (3 M.), an seniler 5 (2 M. 3 Fr.), an alkoholischer Geistesstörung 1 (1 M.). Zur Beobachtung 7 (4 M. 3 Fr.). Heredität bei 18 (8 M. 10 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 4 Wochen bei 2 (1 M. 1 Fr.), 2—3 Monate bei 1 (1 Fr.), 4—6 Monate bei 1 (1 Fr.), 1—2 Jahre bei 7 (2 M. 5 Fr.), 3—5 Jahre bei 3 (1 M. 2 Fr.), über 5 Jahre bei 10 (5 M. 5 Fr.). Ent-

lassen geheilt 7 (3 M. 4 Fr.), gebessert 10 (5 M. 5 Fr.), ungeheilt 5 (2 M. 3 Fr.), gestorben 20 (13 M. 7 Fr.). Lungentuberkulose war 3 mal (2 M. 1 Fr.), Karzinom 1 mal (1 M.) Todesursache. Starke Überfüllung, Neubauten, besonders für die Aufnahmeabteilung, sind dringend erforderlich.

Sonnenhalde (194): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 46 Fr. Zugang 112. Abgang 130. Bleibt Bestand 34. Vom Abgang litten an allgemeiner Psychopathie 11, an manisch-depressiven Formen 61, an Dementia praecox 26, Paranoia 6, seniler Demenz 4, epileptischen Formen 3, Intoxikations- und Infektionspsychosen je 3. Genesen 35, gebessert 63, ungebessert 26. Gestorben 6.

Wil (210): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres: 783 (386 M. 397 Fr.). Zugang 347 (186 M. 161 Fr.). Abgang 390 (219 M. 171 Fr.). Bleibt Bestand 740 (353 M. 387 Fr.). Vom Zugang litten an angeborenen Störungen 26 (15 M. 11 Fr.), an konstitutionellen 18 (9 M. 9 Fr.), einfachen erworbenen 146 (62 M. 84 Fr.), an Störungen der organischen (senilen, paralytischen) Gruppe 63 (37 M. 26 Fr.), Epilepsie 17 (9 M. 8 Fr.), Intoxikationspsychosen 24 (23 M. 1 Fr.). Heredität bei 57 % M. und 50 % Fr. Alkoholismus war bei 39 (38 M. 1 Fr.), Lues bei 8 (7 M. 1 Fr.), Unfall bei 6 (5 M. 1 Fr.), Kopftrauma bei 2 (2 M.), Puerperium und Klimakterium bei je 1 Fr., Haft bei 3 (2 M. 1 Fr.) Krankheitsursache. Geheilt 36 (24 M. 12 Fr.), gebessert 142 (80 M. 62 Fr.), ungebessert 74 (40 M. 34 Fr.). Gestorben 137 (74 M. 63 Fr.) = 11,8 % der Verpflegten, von den Geisteskranken starben 95 (58 M. 37 Fr.) = 10 % des Gesamtbestandes der Geisteskranken. 53 (36 M. 17 Fr.) der Todesfälle fallen auf die Gruppe der organischen Erkrankungen. 10 % der aufgenommenen Männer waren mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen, 20 waren schon bei Begehung der Tat geisteskrank, 2 noch nicht. Bei den Männern regelmäßig beschäftigt 83 % des Bestandes, durchschnittlich zu Bett 7,3 %, im Dauerbade 1,5 %, isoliert 1,5 %. Bei den Frauen beschäftigt 64 %, durchschnittlich zu Bett 8,71 %, im Dauerbad 4,1 %, isoliert 1,7 % des Bestandes. 1 Krankentag kostet 1 Fr. 88 Cts.

Münsterlingen (169): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 401 (166 M. 235 Fr.). Zugang 132 (53 M. 79 Fr.). Abgang 122 (49 M. 73 Fr.). Bleibt Bestand 411 (170 M. 241 Fr.). Vom Zugang litten an angeborenen Störungen 2 (1 M. 1 Fr.), an konstitutionellen Psychosen 11 (5 M. 6 Fr.), an erworbenen Psychosen 87 (29 M. 58 Fr.) manisch-depressivem Irresein 17 (5 M. 12 Fr.), Dementia praecox 52 (19 M. 33 Fr.), Paranoia 1 (1 M.), Amentia 2 (2 Fr.), an organischen Psychosen 13 (9 M. 4 Fr.), Epilepsie 5 (2 M. 3 Fr.), Intoxikationspsychosen 14 (7 M. 7 Fr.), nicht geisteskrank 1 (1 Fr.). Geheilt 18 (6 M. 12 Fr.), gebessert 38 (15 M. 23 Fr.), ungebessert 38 (20 M. 18 Fr.). Gestorben 27 (8 M 19 Fr.) = 5,06 % der Gesamtzahl der Verpflegten. Lungentuberkulose war 3 mal (3 Fr.), Paralyse 2 mal (1 M. 1 Fr.), Karzinom bei 3 Fr. Todesursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 3 Monate bei 37 (12 M. 25 Fr.), bis 6 Monate bei 8 Fr., bis 1 Jahr bei 10 (4 M. 6 Fr.), bis 2 Jahre bei 8 (4 M. 4 Fr.), bis 3 Jahre bei 6 (3 M. 3 Fr.), bis 4 Jahre bei 5 (2 M. 3 Fr.), bis 5 Jahre bei 2 (1 M. 1 Fr.), über 5 Jahre bei 36 (17 M. 19 Fr.), angeboren bei 9 (6 M. 3 Fr.). Die Überfüllung besonders der Männerseite ist so stark, daß seit 1 Jahr frische männliche



Aufnahmen nur ausnahmsweise Platz finden können. Bei einer operierten Kranken kam zu ihrem eigenen Schutz für 3 Wochen die Zwangsjacke in Anwendung. Dauerbäder, auch für die Nacht, haben sich bewährt.

St. Pirminsberg (198): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 239 (121 M. 118 Fr.), Zugang 89 (50 M. 39 Fr.). Abgang 74 (45 M. 29 Fr.). Bleibt Bestand 254 (126 M. 128 Fr.). Vom Zugang litten an angeborenen Psychosen 3 (1 M. 2 Fr.), an konstitutionellen 4 (2 M. 2 Fr.), an erworbenen einfachen 68 (34 M. 34 Fr.) — davon an manisch-depressivem Irresein 19 (8 M. 11 Fr.), an Dementia praecox 42 (23 M. 19 Fr.) — an Epilepsie 3 (3 M.), an organischen Psychosen 5 (5 M.), darunter Paralyse 2, Intoxikationspsychosen 6 (5 M. 1 Fr.). Heredität bei 74 % der erstmals Aufgenommenen. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 22 (13 M 9 Fr.), 1—3 Monate bei 21 (9 M. 12 Fr.), 3—6 Monate bei 9 (8 M. 1 Fr.), 6—12 Monate bei 4 (1 M. 3 Fr.), 1—2 Jahre bei 4 (1 M. 3 Fr.), 2—5 Jahre bei 7 (4 M. 3 Fr.), über 5 Jahre bei 8 (6 M. 2 Fr.). Genesen 22 (9 M. 13 Fr.), gebessert 32 (21 M. 11 Fr.), ungebessert 13 (10 M. 3 Fr.). Gestorben 7 (5 M. 2 Fr.) = 9 % der Abgegangenen und 2 % der Verpflegten. Das Verhältnis der Genesenen zum Gesamtabgang ist 30 %, zur Gesamtzahl der Verpflegten 6,7 %. Die durchschnittliche Behandlungsdauer der Genesenen beläuft sich auf 6 Monate. Tuberkulose war 1 mal Todesursache. Der durchschnittliche Anstaltsaufenthalt der Gestorbenen betrug 6½ Jahre. Zwangsjacke vorübergehend bei 1 Patienten. Dauerbäder bewähren sich. Umbau der alten Männerabteilung zu einer neuen Wachabteilung.

Königsfelden (150): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 776 (354 M. 422 Fr.). Zugang 271 (137 M. 134 Fr.). Abgang 230 (126 M. 104 Fr.). Bleibt Bestand 817 (365 M. 452 Fr.). Vom Zugang litten an angeborenen Störungen 9 (7 M. 2 Fr.), konstitutionellen und originären Formen 9 (3 M. 6 Fr.), einfachen erworbenen Störungen 148 (56 M. 92 Fr.), organischen Störungen 35 (19 M. 16 Fr.), epileptischen Störungen 21 (10 M. 11 Fr.), Intoxikationspsychosen 45 (40 M. 5 Fr.). Nicht geisteskrank 4 (2 M. 2 Fr.). An manisch-depressivem Irresein litten 29 (9 M. 20 Fr.), an Dementia praecox 119 (47 M. 72 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 32 % 1—3 Monate, bei 6% 4—6 Monate, bei 5 % 7—12 Monate, bei 27% 1—5 Jahre und bei 26 % über 5 Jahre. Ungefähr ein Drittel sämtlicher Männeraufnahmen waren Alkoholisten. Heredität bei 64 %. Geheilt 73, gebessert 85, unverändert 40. Gestorben 61, davon an Tuberkulose 7 (3 M. 4 Fr.), an Karzinose und Sarkomatose 5 (3 M. 2 Fr.), an Suicid 2 (2 M.). 1 Typhusbazillenträgerin starb an Lungentuberkulose. Beschäftigt bei den Männern 31, 6 %, bei den Frauen 34, 7 %.

Waldhaus (206): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 299 (163 M. 136 Fr.). Zugang 129 (75 M. 54 Fr.). Abgang 120 (70 M. 50 Fr.). Bleibt Bestand 308 (168 M. 140 Fr.). Vom Zugang litten an angeborenen Störungen 10 (7 M. 3 Fr.), an manisch-depressivem Irresein 11 (5 M. 6 Fr.), an Katatonie 7 (4 M. 3 Fr.), Hebephrenie 6 (3 M. 3 Fr.), Dementia paranoides 22 (10 M. 12 Fr. an Paralyse 2 (2 M.), an Intoxikationspsychosen 13 (12 M. 1 Fr.). Nicht krank 3 (2 M. 1 Fr.). Genesen 20 (11 M. 9 Fr.), gebessert 42 (25

Genesen 17 % des Abganges, 4,7 % der Verpflegten. Tuberkulose war 6 mal (3 M. 3 Fr.), Karzinom 3 mal (3 Fr.) Todesursache.

Zürich (213): Anfangsbestand 234 (133 M. 101 Fr.). Zugang 117 (79 M. 38 Fr.). Abgang 111 (72 M. 39 Fr.). Bleibt Bestand 240 (140 M. 100 Fr.). Genesen 15 (8 M. 7 Fr.), gebessert 22 (13 M. 9 Fr.), ungebessert 10 (5 M. 5 Fr.). Gestorben 12 (1 M. 11 Fr.). Zur Beobachtung 52 (45 M. 7 Fr.). Heredität bei 48 von 65 zum ersten Male aufgenommenen Epileptikern, bei 23 (= 35,3 %) Trunksucht der Eltern, bei 7 (= 10,7 %) Epilepsie und bei 18 (= 27,6 %) Geistes- oder Nervenkrankheiten. Gute Erfolge bei salzarmer Diät.

Ellikon (135): Bestand am 1. Januar 1910 34 Pfleglinge, der Zugang betrug 60, der Abgang 59, bleibt 35. Es litten an chronischem Alkoholismus 36, mit Delirium tremens 13, mit Psychopathie 3, mit Imbezillität 5, mit moralischem Defekt und mit Verdacht auf Paralyse je 1, an einfacher Trunksucht 1, an Trunksucht mit Psychopathie 8, mit Tabes 1, an periodischer Trunksucht 1. Zahl der Verpflegungstage 12 771. Von den 50, die ihre Kurzeit ganz durchgemacht haben, sind abstinent geblieben 28, rückfällig 12, unsicher 10.

Die Livländische Landes-Heil- nnd Pflege-Anstalt in Stackeln (195) wurde am 20. Februar 1907 eröffnet. Krankenbestand am 1. Januar 1908: 119 Kranke (55 M. 64 Fr.). Bestand am 1. Januar 1910: 178 (97 M. 81 Fr.). Zugang 188 (115 M. 73 Fr.). Abgang 156 (97 M. 59 Fr.). Bleibt Bestand 210 (115 M. 95 Fr.) Die Krankheitsdauer vom Zugang 1910 betrug bis zu 1 Monat bei 29 (18 M. 11 Fr.), bis zu 3 Monaten bei 28 (21 M. 7 Fr.), bis zu 6 Monaten bei 21 (12 M. 9 Fr.), bis zu 1 Jahre bei 25 (15 M. 10 Fr.), bis zu 5 Jahren bei 44 (24 M. 20 Fr.), bis zu 10 Jahren bei 12 (6 M. 6 Fr.), über 10 Jahre bei 21 (13 M. 8 Fr.), von Jugend auf bei 4 (4 M.). Es litten an einfacher Seelenstörung 140 (76 M. 64 Fr.), organischer Seelenstörung 15 (11 M. 4 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 5 (4 M. 1 Fr.), alkoholischer Seelenstörung 9 (9 M.), Imbezillität und Idiotie 3 (3 M.), nicht geisteskrank waren 16 (12 M. 4 Fr.). Entlassen als genesen 25 (17 M. 8 Fr.), gebessert 61 (41 M. 20 Fr.), ungeheilt 48 (27 M. 21 Fr.). Gestorben 22 (12 M. 10 Fr.). Tuberkulose war 2 mal (2 Fr.) Todesursache. Große Schwierigkeiten, besonders bald nach Eröffnung der Anstalt, in der Beschaffung von Pflegepersonal, weiter durch das gehäufte Vorkommen von Schwamm in den Krankenhäusern.

Asile de Cery (126): Bestand am 31. Dezember 1909: 523 (263 M. 260 Fr.), aufgenommen 343 (197 M. 146 Fr.), entlassen 353 (215 M. 138 Fr.), und zwar als geheilt 60 (37 M. 23 Fr.), gebessert 81 (58 M. 23 Fr.), ungeheilt 139 (84 M. 55 Fr.), gestorben 74 (37 M. 37 Fr.). Gesamtzahl der verpflegten Kranken 866 (460 M. 406 Fr.). Bestand am 31. Dezember 1910: 513 (245 M. 268 Fr.).

Ganter.

Maison de Santé de Préfargier (177): Bestand am 31. Dezember 1909: 145 (63 M. 82 Fr.), aufgenommen 105 (53 M. 52 Fr.), entlassen 107 (52 M. 55 Fr.), und zwar als geheilt 34 (19 M. 15 Fr.), gebessert 30 (17 M. 13 Fr.), ungeheilt 32 (14 M. 18 Fr.), gestorben 11 (2 M. 9 Fr.). Gesamtzahl der Verpflegten 250 (116 M. 134 Fr.). Bestand am 31. Dezember 1910: 143 (64 M. 79 Fr.).

Ganter.



Schnurmans Stekhoven (190): Krankenbewegung in den niederländischen Irrenanstalten: Bestand am 1. Januar 1910: 11 746 (5931 M. 5815 Fr.), davon in Pflegerfamilien 148 (60 M. 88 Fr.). Aufgenommen 3630 (1889 M. 1741 Fr.), wovon aus andern Anstalten 870 (525 M. 345 Fr.). Von den Aufnahmen kamen 123 (110 M. 13 Fr.) aus Gefangenenanstalten. Entlassen wurden als nicht geisteskrank 16 (13 M. 3 Fr.), als geheilt 852 (395 M. 457 Fr.), als ungeheilt 293 (146 M. 147 Fr.), in andere Anstalten übergeführt 859 (525 M. 334 Fr.), gestorben 964 (536 M. 428 Fr.). Bestand am 31. Dezember 1910: 12 392 (6205 M. 6187 Fr.). *Ganter.*

Meerenberg (167): Bestand am 1. Januar 1910: 1340 (666 M. 674 Fr.), aufgenommen 261 (116 M. 145 Fr.), entlassen 235 (115 M. 120 Fr.), und zwar als geheilt 68 (25 M. 43 Fr.), gebessert 30 (13 M. 17 Fr.), ungeheilt 28 (11 M. 17 Fr.), gestorben 109 (66 M. 43 Fr.). Bestand am 31. Dezember 1910: 1366 (667 M. 699 Fr.). 6 Kranke, die entflohen waren, wurden wieder zurückgebracht. *Ganter.*

Siena (143): Bestand am 31. Dezember 1907: 1172 (627 M. 545 Fr.), aufgenommen 420 (259 M. 161 Fr.), entlassen 251 (152 M. 99 Fr.), gestorben 203 (129 M. 74 Fr.), Bestand am 31. Dezember 1908: 1139 (606 M. 533 Fr.). Aufgenommen 384 (239 M. 145 Fr.), entlassen 206 (140 M. 66 Fr.), gestorben 182 (103 M. 79 Fr.), Bestand am 31. Dezember 1909: 1135 (602 M. 533 Fr.). Aufgenommen 385 (186 M. 199 Fr.), entlassen 321 (183 M. 138 Fr.), gestorben 112 (59 M. 53 Fr.), Bestand am 31. Dezember 1910: 1087 (546 M. 541 Fr.). Verhältnis der Geheilten, Gebesserten, Versetzten zur Gesamtzahl: 1908: 15,7 %, 1909: 13,5 %, 1910: 21,1 %. Verhältnis der Gestorbenen zur Gesamtzahl: 1908: 12,7 %, 1911: 11,9 %, 1910: 7,3 %. Verhältnis der in dem Triennium Geheilten und Gebesserten zur Aufnahmezahl: 42,3 % (45,0 % M. 38,4 % Fr.). Die Tuberkulosesterblichkeit ist infolge hygienischer Verbesserungen fortdauernd im Abnehmen. *Ganter.*

Royal hospital, Perth (176): Bestand am 1. Januar 1910: 130 (64 M. 66 Fr.), aufgenommen 27 (10 M. 17 Fr.), Gesamtzahl der Verpflegten 157 (74 M. 83 Fr.), entlassen 38 (13 M. 25 Fr.), und zwar als geheilt 13 (5 M. 8 Fr.), gebessert 14 (4 M. 10 Fr.), ungeheilt 2 (1 M. 1 Fr.), gestorben 9 (3 M. 6 Fr.). Bestand am 31. Dezember 1910: 119 (61 M. 58 Fr.). Im Verhältnis zu den Aufnahmen wurden 41,94 % geheilt (30 % M. 47,62 % Fr.). Im Verhältnis zur Durchschnittszahl der Verpflegten starben 8,66 %. *Ganter.*

Scotland (152): Zahl der Geisteskranken am 1. Januar 1911:

Ort der Anstalt:	M.	F.	S.	M.	F.	S.	M.	F.	S.
				Privatkranke			Arme Kranke		
in Kgl. Anstalten	1688	1940	3628	861	1041	1902	827	899	1 726
in Distriktsanstalten	5267	5044	10 311	117	193	310	5150	4851	10 001
in Privatanstalten	36	54	90	36	54	90	—	—	—
in Gemeindeanstalter	113	89	202	—	1	1	113	88	201
in Armenhäusern	417	417	834	—	—	—	417	417	834
in Privatwohnungen	1277	1717	2994	38	78	116	1239	1639	2878
Summe	8798	9261	18 059	1052	1367	4219	7746	7894	15 640



In der Provinzial-Irrenanstalt zu Perth..........	49	7	56	—	—	—	—	—	—
in den Anstalten für Schwachsinnige..	339	182	521	122	81	203	217	101	318
Summe	9186	9450	18636	1174	1448	2622	7963	7995	15958

Im Jahre 1910 wurden aufgenommen 506 (221 M. 285 Fr.) Privatkranke, 2806 (1384 M. 1422 Fr.) arme Kranke, zusammen 3312 (1605 M. 1707 Fr.). 363 Kranke wurden in andere Anstalten übergeführt. 108 Kranke traten freiwillig ein. Entlassen wurden 3077 (490 Privatkranke, 2587 arme Kranke), und zwar geheilt 215 Privatkranke und 1031 arme Kranke, ungeheilt 112 Privatkranke und 375 arme Kranke, gestorben 163 Privatkranke und 1181 arme Kranke.

	Verhältnis der Geheilten zu den Aufnahmen in %			Verhältnis der Todesfälle zur Zahl der Verpflegten in %		
	M.	F.	S.	M.	F.	S.
in den Kgl. und Distrikts-Anstalten..	31,0	37,5	34,3	9,5	9,1	9,3
in den Privat-Anstalten	20,0	40,0	26,7	8,7	1,8	4,5
in den Gemeindeanstalten	53,1	46,4	50,0	4,4	12,6	8,2
in den Armenhäusern	3,1	7,7	6,0	4,6	5,1	4,8

121 Kranke wurden beurlaubt, wovon 28 als geheilt zu Hause bleiben konnten. 150 Kranke entwichen, wovon 16 nicht mehr zurückkehrten.

121 Unfälle ereigneten sich, wovon 6 mit tötlichem Ausgang. Darunter 2 Selbstmordfälle: ein Kranker sprang zum Fenster hinaus, ein entwichener Kranker erschoß sich. In 55 Fällen handelte es sich um Frakturen und Luxationen.

Die Unterhaltung der Geisteskranken erforderte einen Gesamtaufwand von 406 266 £. Der arme Kranke kostete durchschnittlich täglich 155 d.

Der Abgang des Pflegepersonals belief sich auf 1178, wovon 932 freiwillig den Dienst aufgaben. 65 gingen wegen Krankheit, 16 starben, 38 gingen ohne Angaben. 24 wurden wegen Unfähigkeit, 92 wegen schlechter Aufführung entlassen, 11 waren entbehrlich. *Ganter.*

D a n v i l l e , Pennsylvania (129): Bestand am 30. September 1908: 1386 (718 M. 668 Fr.), aufgenommen 598 (353 M. 245 Fr.), Gesamtzahl der Verpflegten 1984 (1071 M. 913 Fr.), entlassen 308 (143 M. 165 Fr.), und zwar als geheilt 104 (55 M. 49 Fr.), gebessert 84 (50 M. 34 Fr.), ungeheilt 20 (8 M. 12 Fr.), gestorben 199 (129 M. 70 Fr.), nicht geisteskrank 1 M. Bestand am 1. Oktober 1910: 1576 (828 M. 748 Fr.). Im Verhältnis zu den Aufnahmen wurden geheilt: 1919: 16,89 % (16,71 % bei den M., 18,1 % bei den Fr.), 1910: 17,8 % (14,44 u. 22,48 %), im Verhältnis zur Gesamtzahl der Verpflegten 1909: 2,92 % (3,25 u. 2,55 %), 1910: 3,04 % (2,67 u. 3,48 %). Im Verhältnis zur Gesamtzahl starben 1909: 5,13 % (5,38 % M. 4,84 % Fr.), 1910: 6,26 % (8,32 % M. 3,85 % Fr.). *Ganter.*



Jelliffe and *Brill* (148): Statistik der Vanderbilt Poliklinik für Nervenkrankheiten. In den 10 Jahren besuchten die Poliklinik 21 290 Patienten (10 007 M. 11 283 Fr.). Davon gehen 2005 ab, da sie entweder nicht krank oder unbestimmbar krank waren, so daß für die Diagnose noch 18 285 Fälle blieben (8524 M. 9761 Fr.). Darunter 1900 Fälle von Geisteskrankheiten, etwa 10 % des Materials, und zwar Idioten und Imbezille 701, Infektions- und Intoxikationspsychosen 24, Dementia praecox 168 (100 M. 68 Fr.), manisch-depressive Psychosen 104 (30 M. 74 Fr.), Depressionen 154 (54 M. 100 Fr.), progressive Paralyse 237 (217 M. 20 Fr.), klimakterische Psychosen 336, Dementia senilis 46 (23 M. u. 23 Fr.), die übrigen Fälle zersplittert. Psychoneurosen 4405, und zwar Neurasthenie 3580 (2047 M. 1533 Fr.) und Hysterie 821 (90 M. 731 Fr.). Epilepsie 1676 (831 M. 845 Fr.) Chorea (Sydenham, Huntingtonsche nur 1 Fall) 1589 (556 M. 1033 Fr.), Paralysis agitans 182 (114 M. 68 Fr.), spastischer Tortikollis 58 (29 M. 29 Fr.), Tics 138 (50 M. 88 Fr.), Sprachstörungen 295 (118 M. 177 Fr.). Periphere Nervenkrankheiten 3096, und zwar Neuralgien 984, Neuritiden 1072, peripherische Lähmungen 1040. Poliomyelitis anterior 389 (194 M. 195 Fr.), multiple Sklerose 112 (68 M. 44 Fr.), syphilitische Erkrankungen des Rückenmarks 521, darunter Tabes 383 (336 M. 47 Fr.). Daran reiht sich die Schar der selteneren Krankheitsformen des Nervensystems. *Ganter.*

Orates de Santiago (Chile) (188): Bestand am 31. Dezember 1908: 1613 (741 M. 872 Fr.), aufgenommen 908 (476 M. 432 Fr.), Gesamtzahl 2521, entlassen 850 (454 M. 396 Fr.). Bestand am 31. Dezember 1909: 1671 (763 M. 908 Fr.). Bei 28,06 % (46,15 % M. 6,73 % Fr.) der Aufnahmen war der Alkohol die Ursache der Geisteskrankheit. Von den 850 wurden entlassen als geheilt 312 (177 M. 135 Fr.), gebessert 61 (34 M. 27 Fr.), ungeheilt 191 (82 M. 109 Fr.), gestorben 240 (125 M. 115 Fr.), entwichen 35 (32 M. 3 Fr.), ins Krankenhaus übergeführt 2 Fr., nicht geisteskrank 9 (4 M. 5 Fr.). Verhältnis der Geheilten und Gebesserten zu den Aufnahmen 41 %, der Gestorbenen zur Gesamtzahl 9,52 % (10,27 % M. 8,81 % Fr.). Von den Todesfällen waren 78 durch Lungenkrankheiten, 54 durch Tuberkulose verursacht. *Ganter.*

Taunton state hospital, Massachusetts (201): Bestand am 30. September 1909: 995 (536 M. 459 Fr.), aufgenommen 582 (302 M. 280 Fr.), Gesamtzahl 1577 (838 M. 739 Fr.), entlassen 566 (298 M. 268 Fr.), und zwar als geheilt 111 (51 M. 60 Fr.), gebessert 45 (26 M. 19 Fr.), ungeheilt 28 (14 M. 14 Fr.), nicht geisteskrank 4 M., gestorben 148 (81 M. 67 Fr.), übergeführt 137 (67 M. 70 Fr.), entwichen 9 M., beurlaubt 84 (46 M. 38 Fr.). Im Verhältnis zur Gesamtzahl starben 9,2 %. *Ganter.*

Der Brandenburgische Hilfsverein für Geisteskranke zu Eberswalde (119) zählte am Ende des Rechnungsjahres 1909 370 Mitglieder, am Ende des Jahres 1910 385. An Unterstützungen wurden ausgegeben 3701,70 M. Erläuterung[illegible]enpflege, Satzungen, Mitgliederverzeichnis usw.

Der Hilfsve[illegible]anken in Hessen (146) hatte eine Gesamtein[illegible]ntausgabe von 45 206,96 M.



An Unterstützungen sind im Berichtsjahr 33 233,77 M. ausgegeben, und zwar an Anstaltspfleglinge bei der Entlassung und nach der Entlassung, sowie an Angehörige von Kranken.

Die Zahl der Mitglieder des Hilfsvereins für Geisteskranke in der Rheinprovinz (179) ist im Berichtsjahr auf 15 856 gestiegen. Die Ausgaben für Unterstützungen betrugen 24 898,99 M. Beschlossen wurde auf der Hauptversammlung die Errichtung einer Fürsorgestelle für Geisteskranke in Essen, die erste ihrer Art, wo die Kranken die Genesenen, die Gefährdeten und auch ihre Angehörigen sich Rat und Unterstützung holen können. Bericht über die 4. Hauptversammlung zu Köln, Mitgliederverzeichnis.

Alphabetisches Inhaltsverzeichnis des Literaturberichtes.

(Die Zahlen mit einem Sternchen (*) bedeuten die Seiten des Literaturberichtes, die Zahlen ohne Stern die Nummern der angeführten Veröffentlichungen.)

1. Autorenregister.











2. Sachregister.























ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN
HERAUSGEGEBEN VON
DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

II. LITERATURHEFT ZU BAND LXIX

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1911

REDIGIERT

VON

OTTO SNELL
DIREKTOR DER HEIL- U. PFLEGEANSTALT
LÜNEBURG

HEFT II

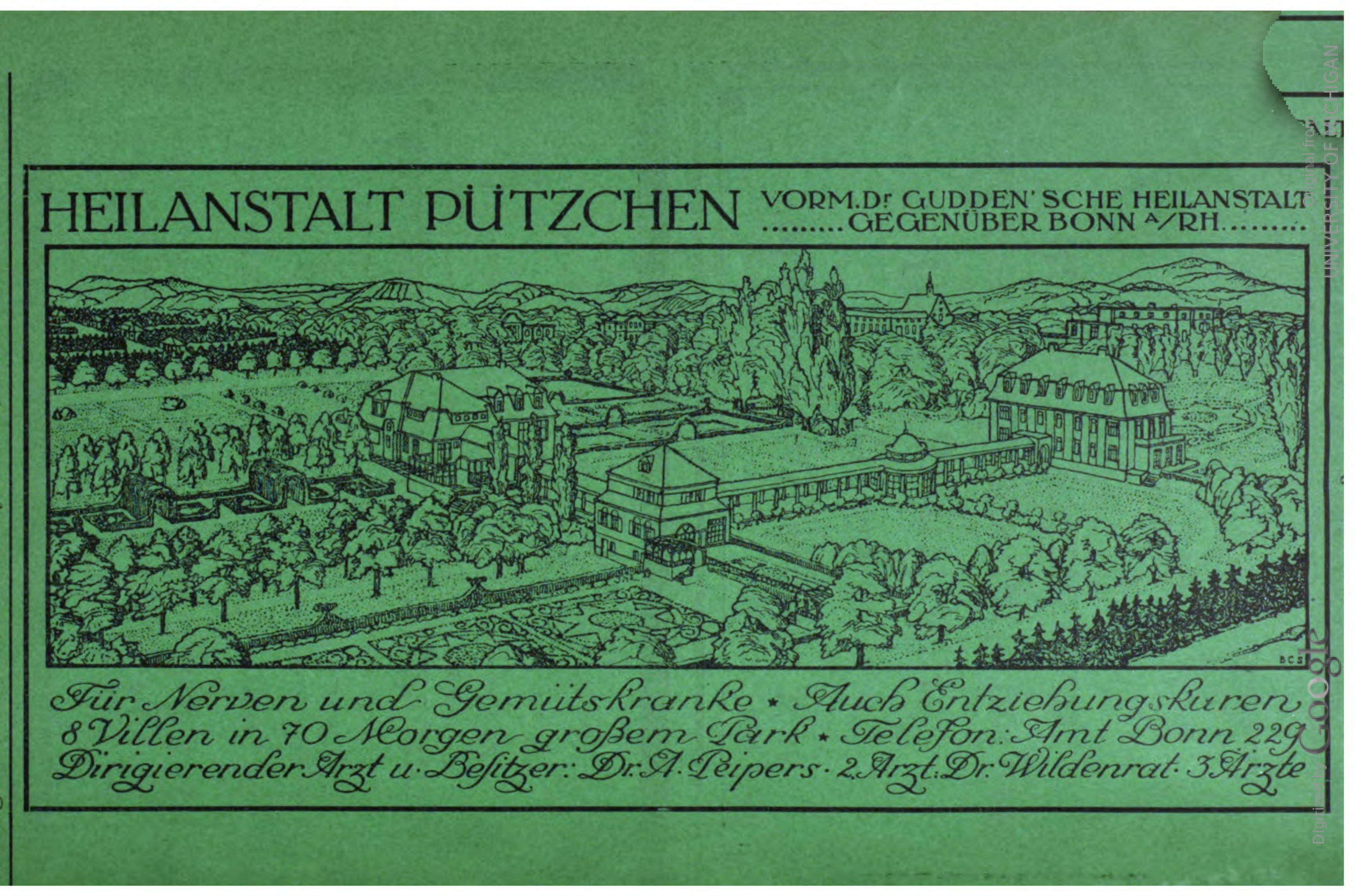
AUSGEGEBEN AM 13. DEZEMBER 1912



BERLIN
W. 35. GENTHINERSTRASSE 38
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1912.

JÄHRLICH EIN BAND VON 8 HEFTEN PREIS PRO BAND 32 MARK
(6 HEFTE ORIG[illegible] HEFTE LITERATURBERICHT.)

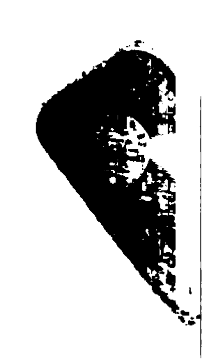



HEILANSTALT PÜTZCHEN
VORM. Dr GUDDEN'SCHE HEILANSTALT
.... GEGENÜBER BONN A/RH. ....
Für Nerven und Gemütskranke • Auch Entziehungskuren
8 Villen in 70 Morgen großem Park • Telefon: Amt Bonn 229
Dirigierender Arzt u. Besitzer: Dr. A. Peipers · 2. Arzt: Dr. Wildenrat · 3 Ärzte






Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN



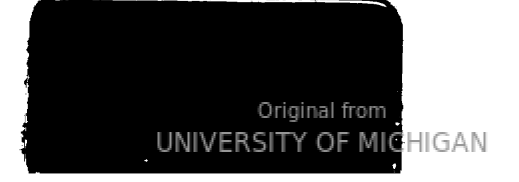





3 9015 06220 5516




Digitized by Google


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN